

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, NA ESF
SIMON BOLÍVAR, SANTANA DO LIVRAMENTO/RS**

DIEGO SILVA DA ROCHA

PELOTAS

2015

DIEGO SILVA DA ROCHA

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, NA ESF
SIMON BOLÍVAR, SANTANA DO LIVRAMENTO/RS

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da
Família, da Universidade Federal
de Pelotas como requisito parcial
para a obtenção do título de
especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Danieli Bluhm da Silva

Pelotas

2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

R672m Rocha, Diego Silva da

Melhoria da atenção á saúde de hipertensos e diabéticos, na ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS / Diego Silva da Rocha ; Danieli Bluhm da Silva, orientadora. — Pelotas, 2015.

78 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Silva, Danieli Bluhm da, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedicatória

**Dedico este trabalho à minha
família e aos meus amigos.**

Agradecimentos

À minha mãe, pela minha existência e ajuda.

À minha irmã, grande incentivadora para que eu não desistisse dos meus sonhos.

À minha família e aos meus amigos, pelo incentivo.

À minha orientadora, pelo apoio prestado ao longo do ano.

Obrigado.

Lista de Figuras

Figura 1- Gráfico indicativo de Proporção da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	47
Figura 2- Gráfico indicativo de Proporção Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	48
Figura 3- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com o protocolo.....	49
Figura 4- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com protocolo.....	50
Figura 5- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	51
Figura 6- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	52
Figura 7- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.....	53
Figura 8- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.....	54
Figura 9- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade odontológica.....	55
Figura 10- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade odontológica.....	56
Figura 11- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	57
Figura 12- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	58
Figura 13- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	59
Figura 14- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	60
Figura 15- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	61
Figura 16- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular em dia.. ..	62
Figura 17- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	63

Figura 18- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	63
Figura 19- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	64
Figura 20- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	64
Figura 21- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	65
Figura 22- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	66
Figura 23- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal	66
Figura 24- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.....	67

Lista de Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGT	Hemoglicoteste
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto inicial sobre situação da ESF/APS.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário Comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional.....	20
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2.2 Objetivos Específicos.....	23
2.2.3 Metas.....	23
2.3. Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	25
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	40
3. Relatório de Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas realizadas.....	42
3.2 Ações Previstas não desenvolvidas.....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.....	45
4. Avaliação da Intervenção.....	46
4.1 Resultados.....	46
4.2 Discussão.....	67
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	69
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	71
5. Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem.....	73
Bibliografia.....	75
Anexos.....	76

Anexo I - Ficha espelho (frente).....	76
Anexo II – Ficha Espelho (verso).....	77
Anexo III – Planilha de coleta de dados.....	78
Anexo IV – Documento do comitê de ética.....	79

Resumo

ROCHA, Diego Silva da. **Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos, na ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento/RS.** 2015. 79f.; il. Trabalho Acadêmico, Programa de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os principais determinantes da morbimortalidade cardiovascular no Brasil. O presente trabalho foi resultado da necessidade de uma melhor atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos com mais de 20 anos da Estratégia de Saúde da Família Simon Bolívar, em Santana do Livramento, Rio Grande do Sul. Ao longo de três meses, os hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS foram acompanhados pela equipe de saúde, tendo sido realizado o exame clínico apropriado de acordo com o preconizado no protocolo do MS, a estratificação do risco cardiovascular destes usuários, assim como atividades de promoção à saúde, como o incentivo à cessação do tabagismo, prática regular de atividade física e controle da dieta, visando à melhora na qualidade de vida. Os dados obtidos a partir de aferições antropométricas, assim como as medicações em uso e exames realizados pelos usuários foram registrados em fichas-espelho individuais a fim de melhorar o registro das informações. Ao final da intervenção observamos uma cobertura do programa de 38,1% de hipertensos e 48,4% de diabéticos, assim como melhora considerável em indicadores de qualidade da atenção à saúde. A melhoria na organização do atendimento na Unidade de Saúde aos hipertensos e diabéticos foi fundamental para que estes resultados fossem alcançados, pois as ações se constituem de medidas simples, mas de grande relevância para a qualificação da assistência.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Apresentação

O presente trabalho foi elaborado ao longo de um ano no qual realizei a especialização em Saúde da Família da UFPel. Este pretende mostrar a melhoria vista na atenção aos hipertensos e diabéticos, após a implantação de estratégias voltadas para qualidade da assistência à saúde destes na Unidade de Saúde Simon Bolívar, município de Santana do Livramento, RS.

O volume consta de cinco capítulos os quais são Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Análise da Intervenção e Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem. Em seguida consta a Bibliografia que serviu de suporte ao trabalho e são apresentados os anexos.

Ao longo de cada capítulo são descritos aspectos relativos ao funcionamento e organização da UBS, assim como o planejamento das ações realizadas durante os três meses de intervenção com hipertensos e diabéticos. Todas as dificuldades encontradas ao longo do trabalho e melhorias nos indicadores de saúde são abordados nos capítulos do texto.

1. Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde(UBS) em que trabalho é a UBS Simon Bolívar em Santana do Livramento, RS, esta abrange a comunidade do Bairro Simon Bolivar e Vila Progresso, atendendo uma população de cerca de 1600 pessoas. Trata-se de uma comunidade carente, em que muitos moradores vivem em condições de extrema pobreza, sem moradia adequada, sem saneamento básico, muitos sem escolaridade, dependendo de dinheiro vindo de programas assistenciais do governo para sustentar a família.

A UBS Simon Bolivar funciona há cerca de 20 anos. A equipe é composta por uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, três agentes de saúde, um secretária , um dentista, e um auxiliar de consultório dentário. Conta com atendimento médico de um pediatra pelas manhãs, um clínico geral três vezes por semana, no turno matutino e um clínico geral quatro vezes por semana, à tarde.

A estrutura física da UBS é precária, pois aparenta ser uma casa que foi construída para moradia mas que passou a funcionar como uma UBS. Possui dois consultórios médicos, um consultório dentário, um almoxarifado,(onde são guardados os prontuários de alguns usuários, assim como algumas medicações básicas para distribuição para população, numa espécie de farmácia), uma sala de triagem, uma cozinha. A UBS não conta com sala de vacinas. Os espaços são pequenos dentro da UBS, com acúmulo de materiais antigos em alguns locais, como armários, caixas dentro do consultório médico, assim como ausência de cadeiras para usuários e funcionários.

O agendamento das consultas ocorre a partir de telefonema, em que as pessoas ligam para a UBS para marcar consulta com o médico que desejar, conforme a disponibilidade de vagas na agenda médica.

Além disso, o atendimento pelo período da tarde na UBS fica mais complicado, pois há somente uma técnica em enfermagem que trabalha à tarde, tendo que realizar a triagem dos usuários, o atendimento dos telefonemas, orientação aos usuários e agendamento de consultas de todos. Diferentemente, pela

manhã a UBS conta com uma secretária, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, conseguindo uma melhor atenção para atendimento adequado das pessoas. Creio que isto é algo que deve ser dado atenção com brevidade, pois acaba comprometendo a qualidade do serviço, uma melhor triagem e organização do atendimento.

Algo que me chamou a atenção inicialmente nestas três semanas em que estou na Unidade foi a ausência de prontuário médico para todos os usuários que são atendidos, sendo as anotações feitas somente na folha do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS(SIASUS), sem registro das condutas e exames realizados, o que dificulta o trabalho médico e nos deixa sem respaldo caso alguma complicação ocorra, pois não há documentação das ações.

Os médicos que atendem na UBS, acabam fazendo atendimento de usuários da comunidade da UBS Simon Bolivar e de pessoas de outros bairros da cidade que não conseguem atendimento em sua UBS por excesso de demanda. Realizam um atendimento voltado para resolução de problemas de saúde pontuais, sem enfoque na avaliação de todos fatores que influenciam no processo de adoecimento das pessoas, sem atenção à medidas preventivas, assim como a ausência de vínculo com a comunidade.

Percebo um distanciamento entre a comunidade e a Unidade de Saúde, no sentido das pessoas não estarem inseridas na participação de ações em saúde, no planejamento e execução de atividades que melhorem a qualidade da saúde da população. Acredito que trata-se de algo muito importante, pois tanto os profissionais quanto os usuários devem participar de ações que promovam a saúde.

Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família(ESF), creio que ocorrerá uma melhor organização do serviço da UBS, e a partir das atividades realizadas, com a criação de vínculo com a comunidade, um maior engajamento público de todas as pessoas para melhoria dos serviços de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade onde atuo é Santana do Livramento, no Rio Grande do Sul. A cidade está localizada na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, fazendo divisa com a

cidade uruguaia de Rivera, apresentando uma população total de 82.464 habitantes, predominantemente urbana, com economia voltada para comércio, agricultura e pecuária. É perceptível uma grande desigualdade socioeconômica na cidade, tendo pessoas com boas condições financeiras, assim como inúmeras outras com baixíssimo nível socioeconômico e qualidade de vida, vivendo em péssimas condições, em habitações sem saneamento básico, não possuindo emprego e sem educação.

A cidade possui dois hospitais: Centro Hospitalar Santanense e Santa casa de Misericórdia, sendo o primeiro um hospital particular e outro com atendimento pelo Sistema Único de Saúde(SUS). Possui nove UBSs, sendo que somente uma delas funciona com ESF, sendo as outras com funcionamento no modelo tradicional. Algumas destas unidades contam com atendimento de especialistas, como ginecologistas, cardiologistas, pediatra, otorrinolaringologistas e cirurgião geral. O atendimento à estas especialidades ocorre por livre demanda, e não somente por encaminhamento médico com referência. A disponibilidade de consultas com alguns especialistas é mais complicada, como com traumatologistas, uma vez que a demanda é grande e o serviço pouco eficiente, tendo muitos usuários que procuram o serviço em outras cidades de referência. A cidade não dispõe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF). A obtenção de exames laboratoriais básicos ocorre em cerca de 15 dias, diferentemente de exames de imagem, como ultrassonografia, tomografia computadorizada, que costumam demorar meses.

Estou atuando na UBS Simon Bolívar, que fica localizada em uma zona urbana, um pouco afastada do centro da cidade, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde. A UBS atende às populações dos Bairros Simon Bolívar e Vila Progresso, uma comunidade carente, em que muitos moradores vivem em condições de extrema pobreza, sem moradia adequada, sem saneamento básico, muitos dependendo de dinheiro vindo de programas assistenciais do governo para sustentar a família.

A UBS funciona com um modelo de atenção tradicional, em que as pessoas buscam a unidade para resolver problemas de saúde pontuais, não ocorrendo a promoção e a prevenção de agravos à saúde. A UBS não possui vínculos com instituições de ensino. O funcionamento é de segunda à sexta-feira, pelas manhãs e tardes. Possui uma equipe, sendo esta composta por uma enfermeira, duas técnicas

em enfermagem, um secretária, um dentista, e uma auxiliar de consultório dentário. Conta com atendimento médico de um pediatra pelas manhãs, um clínico geral três vezes por semana pelas manhãs e um clínico geral quatro vezes por semana pela tarde. Atualmente, a UBS não conta com agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que ocorreu um concurso público recentemente para contratação de novas agentes.

A Unidade Simon Bolívar existe há 17 anos, e é difícil acreditar que tenha sido planejada e construída para funcionar como uma Unidade de Saúde, uma vez que não atende a inúmeros critérios estabelecidos pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (MS).

Além da falta de material para trabalho, e dificuldade para consegui-los, muito dos materiais da UBS não funcionam bem, ou estão em más condições, como telefones, cadeiras, janelas, etc. Não há acesso à internet. Não há banheiro no consultório ginecológico, assim como não há banheiro adaptado para deficientes físicos. Apesar de a unidade contar com uma rampa de acesso com corrimão na entrada da unidade, há um degrau na entrada, pela porta da frente, que dificulta a mobilidade de deficientes. Não há cadeiras de roda, nem corrimão dentro da unidade. Não há ambiente para sala de reuniões, assim como não há sala de vacinas, expurgo, sala para armazenagem de material de limpeza, sala de lavagem e descontaminação. Procedimentos médicos, assim como nebulização, administração de medicações, são todos realizados em uma pequena sala. A recepção da unidade é de pequenas dimensões, com pouco espaço para guardar prontuários, assim como uma pequena estante existente, onde são armazenados algumas medicações para distribuição para população, já que a maioria é retirada na farmácia central da cidade. A UBS conta com uma cozinha, dois consultórios médicos, um consultório dentário, dois banheiros, uma sala de procedimentos, recepção e sala de espera para 16 usuários.

Algo que me chamou a atenção, foi a ausência de prontuário médico para os usuários que são atendidos, sendo as anotações feitas somente na ficha do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde(SIAB), sem registro das condutas e exames realizados pelos usuários, dificultando o trabalho médico e nos deixando sem respaldo caso alguma complicação ocorra, pois não há documentação das ações. Acredito que uma das melhorias a ser alcançada, está na

melhor organização do atendimento de saúde da UBS. A partir da capacitação da equipe, e com orientação dos profissionais, muitos benefícios no funcionamento podem ser alcançados, mesmo que a estrutura física dificulte.

A boa relação com equipe de saúde, assim como seu interesse em realizar melhorias na qualidade do serviço, é um ponto positivo neste processo, pois facilita a realização de ações em saúde para a população. Um fator que dificulta o atendimento ocorre devido à falta de profissionais nos períodos da tarde na UBS, uma vez que a demanda de atendimento aumentou com a minha chegada, associada aos atendimentos do outro médico que trabalha pelas tardes. A unidade conta somente com uma técnica de enfermagem neste turno, que fica responsável em realizar a recepção aos usuários, assim como a triagem, atendimento de telefone e procedimentos. Isto prejudica o funcionamento e sobrecarrega o profissional.

A comunidade atendida pela UBS conta com uma população total de cerca de 1600 habitantes, sendo esta predominantemente de faixa etária jovem. A UBS possui uma equipe adequada para atendimento desta quantidade de habitantes, porém esta equipe também fica responsável pelo atendimento de pessoas de outros bairros da cidade que procuram a UBS para atendimento com os outros 2 clínicos gerais e pediatra que atendem na unidade de saúde. Normalmente, as consultas são marcadas a partir de agendamento, com número fixo de atendimentos, mas os casos agudos são avaliados pela equipe e repassados ao clínico para atendimento, comumente sem excesso de demanda. Acredito que algo interessante seria organizar os atendimentos, aliando ações programáticas com atendimento à demanda espontânea.

A UBS possui um consultório dentário, com estrutura adequada para atendimento clínico e realização de procedimentos dentários. O consultório dispõe de equipamento e material para a realização de uma boa prática clínica. A capacidade instalada para ações coletivas não é adequada. A infraestrutura da UBS não dispõe de um local adequado para realizar atividades de promoção à saúde bucal para a comunidade. Não há uma sala de escovação dentária, assim como não há material educativo para realizar atividades com a comunidade, algo de fundamental importância na promoção de saúde.

A atenção às crianças é realizada por um pediatra que trabalha pelas manhãs, atendendo crianças da área de abrangência da UBS e de outras regiões da

cidade que buscam consultar. O atendimento pelo pediatra costuma ocorrer por um breve período nas manhãs. Após esse breve período de atendimento, as crianças são atendidas pelo clínico geral. Não há protocolo de atendimento na UBS, assim como a puericultura acaba sendo realizada pelo pediatra, durante a consulta de rotina. Muitos dados acabam não sendo registrados, sem monitoramento das atividades em puericultura. A presença do pediatra na UBS é algo que auxilia a comunidade, uma vez que o profissional, por trabalhar há bastante tempo na unidade, conhece bem a realidade e consegue transmitir segurança para a população. Acredito que um maior controle sobre as ações em saúde das crianças deveria ser realizado, a partir de um melhor monitoramento das atividades, como com consultas programadas conforme o MS recomenda, assim como a partir do controle de vacinas, testes de triagem de enfermidades e avaliação do crescimento e desenvolvimento.

O atendimento às gestantes é realizado por um clínico geral, que atende pelo turno da tarde gestantes da área de abrangência da UBS, assim como gestantes de outros bairros da cidade que procuram atendimento. Não há grupos de apoio e orientação às gestantes, procurando sanar dúvidas e contribuindo para uma gestação que evolua sem intercorrências. Apesar de ocorrer uma boa aderência às consultas de pré-natal, muito deve ser melhorado, a partir de um melhor conhecimento das gestantes existentes na comunidade adstrita e o incentivo à realização de consultas de pré-natal no início da gestação, para tratar e evitar complicações durante a gravidez. Não há um registro de dados adequado, nem um monitoramento da qualidade dos serviços prestados às gestantes. Apesar de utilizarem o cartão de pré-natal, muitas vezes ele não é cobrado nas consultas realizadas, deixando de serem registradas informações importantes. Acredito que uma atenção importante deva ser dada ao atendimento das gestantes, utilizando-se da criação de grupos, com orientação e promoção da saúde, assim como discutindo com a equipe, estratégias para melhorar esta cobertura de atendimento.

A prevenção do câncer de colo de útero é realizada pela enfermeira da UBS, 1 vez por semana, com realização do exame citopatológico do colo uterino. Os exames são realizados para as usuárias da área de abrangência da UBS e para pessoas de outros bairros da cidade. Ocorre de maneira organizada, com registro dos atendimentos em um caderno, porém sem seguir um protocolo, nem realizar um

controle adequado da cobertura destas ações. Com relação ao controle do câncer de mama, a avaliação é realizada durante as consultas com o clínico geral, não havendo um protocolo seguido para rastreio do câncer de mama. A enfermeira da UBS, muitas vezes acaba realizando este rastreio, com solicitação de mamografia durante a realização do exame citopatológico do colo uterino. Percebo que falta uma maior adesão à estas ações de prevenção por parte da comunidade, assim como um registro mais adequado e monitoramento destas atividades. A participação de toda equipe é fundamental neste processo de educação da população.

A atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade também necessita de um maior cuidado. Não há conhecimento da quantidade de hipertensos e diabéticos existentes. A ausência de prontuário médico também dificulta o conhecimento acerca desta população. Muitos dados referentes aos diabéticos e hipertensos são obtidos a partir do registro do Hiperdia, realizado na UBS. Porém, além desta atividade não ficar restrita somente à comunidade adstrita, contando com a participação de pessoas de outros bairros da cidade, muitos dos dados do registro da folha do Hiperdia estão desatualizados ou sem preenchimento correto. Também não são realizadas atividades com estes grupos, algo que poderia contribuir para melhorar a adesão, controle da doença e promoção da saúde desta população.

Em relação à saúde do idoso, também percebo que falta uma atenção adequada a este grupo populacional. Não há controle do atendimento destes idosos na UBS. Não são usados protocolos para atendimento de idosos, assim como não são utilizadas escalas para avaliar grau de autonomia, grau de funcionalidade, ou escalas de demência e depressão. As cadernetas de saúde da pessoa idosa são utilizadas somente para algumas pessoas que participam do Hiperdia. Não há medidas de promoção à saúde desta população, como estímulo à realização de atividade física, controle alimentar, controle da saúde bucal. Acrescentar à rotina de atendimento da UBS, em um dia da semana, o atendimento de idosos, seria algo interessante de ser realizado, uma vez que neste encontro, muitas atividades específicas poderiam ser colocadas em prática, como orientação de atividade física, controle da dieta, assim como avaliação da saúde bucal. Outros pontos importantes poderiam ser abordados neste encontro, como uso de medicações, esquema vacinal, assim como avaliação do grau de funcionalidade a partir do uso de escalas com estes idosos.

Dessa forma, analisando o serviço de saúde prestado na UBS Simon Bolívar, percebo que muitas mudanças devem ser realizadas. A estrutura deixa muito a desejar, não contando com um ambiente ideal para a realização das atividades de atenção à saúde. Percebo também que falta uma melhor organização do atendimento na UBS, com maior controle sobre os atendimentos e registro das atividades realizadas. A ausência de agentes de saúde é prejudicial, pois poderia auxiliar no direcionamento das ações a serem realizadas e identificação das áreas de maior vulnerabilidade. Acredito que quando estas agentes iniciarem o seu trabalho, muitos benefícios serão observados. Penso que a participação dos gestores da saúde seria muito importante para melhora do serviço, uma vez que poderiam observar o que está sendo realizado, como a implantação da estratégia de saúde da família, assim como as necessidades da UBS. Percebo um distanciamento entre os gestores e os funcionários da unidade, que não têm a quem recorrer em caso de auxílio, deixando estes funcionários muitas vezes desamparados.

1.3 Comentário comparativo sobre texto inicial e o relatório da análise situacional

As impressões que tenho sobre a situação da UBS Simon Bolívar são semelhantes às aquelas que tinha nas semanas de ambientação. Vejo que há muitas modificações a serem realizadas, como uma maior inserção da comunidade nas ações em saúde da UBS, assim como uma melhor organização do seu funcionamento, objetivando otimizar o atendimento e promover educação em saúde a esta população. Creio que meu conhecimento sobre a organização da Unidade Básica cresceu muito desde o início do curso, pois a partir das leituras realizadas e com o melhor entendimento sobre o funcionamento da UBS, pude perceber as deficiências e necessidades existentes para direcionar minhas ações.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os principais determinantes da morbimortalidade cardiovascular no Brasil. São doenças crônicas, que frequentemente surgem na faixa etária de adultos jovens, geralmente associadas a uma série de hábitos de vida pouco saudáveis, como obesidade, tabagismo, sedentarismo, evoluindo com complicações a longo prazo, com lesões em órgãos-alvo, diminuição da qualidade e expectativa de vida, assim como aumento do número de internações e gastos médicos com saúde. A detecção precoce destas patologias e o seu tratamento adequado é fundamental para redução do risco de eventos cardiovasculares e aumento da expectativa de vida. (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica /Ministério da Saúde, 2013/Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

A UBS Simon Bolívar, localizada na cidade de Santana do Livramento, funciona no modelo tradicional de atenção à saúde, em que as pessoas da comunidade buscam atendimento para resolução de problemas de saúde pontuais. Não há vínculo com a comunidade adstrita, assim como não há ações de promoção à saúde para esta população. A equipe da UBS é composta por uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma secretária, um dentista e um auxiliar de consultório dentário. Além de mim atuando como clínico geral quatro vezes por semana, conta também com atendimento médico de um pediatra pelas manhãs, e um outro clínico geral três vezes por semana pelas manhãs. Recentemente, cinco agentes de saúde iniciaram os trabalhos na UBS, após a realização de concurso público. A UBS abrange uma comunidade carente da cidade, com baixas condições socioeconômicas.

A atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade ocorre de forma insatisfatória, pois não há registros adequados, nem informações em saúde sobre esta população, como número de hipertensos e diabéticos da comunidade, assim

como não há controle das ações em saúde realizadas. Muitos destes usuários estão com tratamento irregular, sem esclarecimento sobre a sua patologia ou como tomar corretamente a medicação. Na UBS é adotado somente o Hiperdia, programa do MS para cadastramento de hipertensos e diabéticos para que se possa gerar a demanda de medicamentos, porém de forma insatisfatória, com baixa adesão destes usuários, não ocorrendo um aproveitamento da oportunidade para promoção da saúde a esta população e nem atendimento clínico de acordo com um protocolo.

A UBS não realiza atividades com grupos de hipertensos e diabéticos e muitos destes usuários não estão recebendo um tratamento adequado, existindo muitos hipertensos com níveis pressóricos elevados, assim como diabéticos com níveis glicêmicos descontrolados, aumentando o risco de desenvolver complicações relacionadas a estas patologias. Um agravante neste processo é a falta de registros, o que dificulta o acompanhamento.

Acredito que a intervenção a ser realizada com hipertensos e diabéticos será muito benéfica para a população local, pois atingirá um grande grupo de pessoas a partir das ações desenvolvidas. Percebo que toda a equipe da UBS está engajada para implementar estas atividades, pois todos estão cientes do que será realizado e da importância destas mudanças na forma de organização do serviço de atendimento na melhora da atenção primária à saúde e consequentemente melhora da qualidade de vida das pessoas. A maior dificuldade será em educar esta população sobre as mudanças que estão ocorrendo no funcionamento da UBS e promover a sua participação nas atividades propostas, porém, acredito que com o apoio da equipe de saúde, e com o esclarecimento desta população sobre o que está sendo realizado, bons resultados serão alcançados. A realização de atividades com hipertensos e diabéticos, visando promover saúde, instituindo hábitos saudáveis e, uso de medicações corretamente, são fundamentais para otimização do tratamento e para reduzir as complicações da doença melhorando assim a qualidade e expectativa de vida desta população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos da área da UBS Simon Bolívar de Santana do Livramento, RS

2.2.2 Objetivos específicos:

- Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos,
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos,
- Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa,
- Melhorar o registro das informações,
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular,
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1 : ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

- 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

- 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: melhorar o registro das informações

- 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

- 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.
- 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.
- 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
- 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.
- 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.
- 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento de ações

Relativas ao objetivo 1 : ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta: cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço: as técnicas de enfermagem da UBS ficarão responsáveis por realizar a aferição da pressão arterial dos usuários acima de 20 anos, para diagnóstico precoce de HAS assim como o diagnóstico precoce de indivíduos diabéticos acima de 20 anos utilizando-se do Hemoglicoteste (HGT), em casos sintomáticos, ou em assintomáticos, com rastreo conforme critérios de risco. Também será realizado o acolhimento adequado dos usuários hipertensos que vierem à UBS, para controle da doença e desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Para isto, a obtenção de material para realizar estas atividades é fundamental.

Engajamento público: serão realizadas estratégias de promoção à saúde com esta população, por toda equipe da UBS, e principalmente pelas agentes de

saúde, que mantêm contato com estes grupos mais frequentemente, informando-os sobre o programa realizado na UBS. Também serão realizadas atividades na UBS durante as consultas, visando educar esta população, como atividades na sala de espera, execução de vídeos informativos e também prestação de informações sobre a importância de manter o controle da HAS e DM, com tratamento adequado.

Qualificação da prática clínica: toda equipe será capacitada tecnicamente, sob supervisão do médico, a partir de leituras de material informativo e protocolos sobre o assunto que será disponibilizado para auxiliar o cadastro e orientação adequada de hipertensos e diabéticos e também na aferição adequada da pressão arterial e glicemia.

Monitoramento e avaliação: o médico vai realizar um controle dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa por meio da planilha eletrônica, com revisão frequente das ações realizadas na UBS para diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento adequado, assim como o controle do comparecimento destes usuários às consultas com a revisão da agenda e revisão das estratégias usadas para melhorar o atendimento.

Relativas ao objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Metas:

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: todos os membros da equipe devem estar esclarecidos, a partir de leitura de protocolos sobre HAS e DM, e atualizações sobre o tema, a seguir um roteiro de exame clínico, com definição da função de cada profissional de saúde da UBS. O gestor ficará responsável por garantir a agilidade na realização dos exames complementares necessários. A secretária da UBS e as

técnicas de enfermagem revisarão as medicações prescritas, para que sejam fornecidas pela farmácia popular.

Engajamento público: vamos garantir a orientação da população que busca a UBS quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas associadas à HAS e DM, e sobre a importância de identificação das complicações precocemente. Também orientaremos da necessidade de examinar os pés frequentemente, da sensibilidade das extremidades, verificação dos pulsos distais, avaliação da saúde bucal, assim como sobre a realização de exames complementares periódicos. Também é fundamental esclarecer os usuários cadastrados do seu direito de conseguir as medicações fornecidas pela farmácia popular gratuitamente.

Qualificação da prática clínica: toda equipe deve estar ciente do tema, visando a detecção de alterações precoces das doenças e, principalmente, o controle de fatores de risco associados à essas enfermidades, dando atenção a obesidade, xantomas e xantelasmas, associado à dislipidemia, assim como diminuição de sensibilidade em casos de neuropatia diabética, garantindo assim, o exame clínico apropriado. A equipe será capacitada com o protocolo sobre os exames complementares, sobre a saúde bucal e como orientar a população das alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia gratuitamente.

Monitoramento e avaliação: buscar a revisão frequente da forma como vem ocorrendo o exame clínico por parte de toda equipe é fundamental de forma a seguir o preconizado no protocolo, assim como a solicitação de exames de acordo com a periodicidade recomendada. Outra ação a ser realizada é a discussão com a equipe de saúde sobre a priorização da prescrição de medicações fornecidas pela farmácia popular. Importante também revisar as formas como vem ocorrendo a avaliação odontológica desses usuários.

Relativas ao objetivo 3: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Meta: buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço: discutir com a equipe uma maneira de melhor abordar os faltosos par incentivá-los a manter o acompanhamento na UBS, assim como realizar busca ativa destes faltosos, organizando visita domiciliar a estes e a agenda para população provenientes das buscas.

Engajamento público: os ACS vão esclarecer à população nas visitas e a enfermeira e médico nas consultas sobre a importância de manter o controle de sua doença corretamente, comparecendo às consultas agendadas e escutar as suas dúvidas e reivindicações para maior participação nas atividades para não ocorrer a evasão destes usuários.

Qualificação da prática clínica: a enfermeira e o médico vão orientar os ACS a abordar corretamente os hipertensos e diabéticos e reforçar sobre a importância de manter acompanhamento médico.

Monitoramento e avaliação: algo fundamental é revisar constantemente os atendimentos prestados por meio do registro na ficha espelho, avaliando o comparecimento às consultas (consultas em dia) e buscando identificar os faltosos para providenciar a busca ativa.

Relativas ao objetivo 4: melhorar o registro das informações

Meta: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço: incentivar toda a equipe a registrar os dados dos usuários nas fichas de acompanhamentos, preenchendo informações como valores da pressão, peso, índices glicêmicos, medicações em uso, que são dados fundamentais para o controle das ações realizadas. Também definir um membro da equipe para revisar os dados. A criação de um fichário para registro de dados é algo interessante de ser realizado.

Engajamento público: incentivar os hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar regularmente o controle de sua doença e registrar informações importantes, como pressão arterial e glicemia casual, para avaliar controle e necessidade de modificação do tratamento. Também é importante esclarecer a população sobre o seu direito de obter acesso ao prontuário médico, com seus registros.

Qualificação da prática clínica: explicar a importância sobre o registro de dados à equipe de saúde, em fichas de acompanhamento, objetivando avaliar as condutas realizadas e necessidade de intervenção para otimizar o tratamento.

Monitoramento e avaliação: deve-se manter os registros das atividades realizadas de todos usuários na ficha espelho, assim como revisão frequente das atividades realizadas por meio dos indicadores gerados na planilha de coleta de dados.

Relativas ao objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço: utilizar protocolos para classificar o risco cardiovascular em todos usuários atendidos, a partir de avaliação como escore de Framingham, que estima o risco cardiovascular, classificando-os conforme o risco cardiovascular apresentado. Aqueles com maior risco merecem um cuidado especial e medidas de controle mais intensas.

Engajamento público: explicar a todos do grupo sobre a necessidade de um controle de fatores de risco cardiovascular como tabagismo, perfil lipídico, índices pressóricos, controle glicêmico, assim como promover modificação do estilo de vida.

Qualificação da prática clínica: orientar toda equipe de saúde sobre o risco cardiovascular relacionado ao diabetes e hipertensão e necessidade de um controle adequado da doença assim como dos fatores de risco. Todos os membros da equipe devem ter conhecimento sobre os fatores de risco de doença cardiovascular e identificar lesões em órgãos-alvo precocemente, reduzindo danos.

Monitoramento e avaliação: revisar os registros para garantir que todos hipertensos e diabéticos sejam estratificados quanto ao risco cardiovascular, ao menos uma vez ao ano.

Relativas ao objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Organização e gestão do serviço: pactuar com todos os profissionais da equipe a orientarem estes grupos sobre os cuidados com alimentação saudável, o estímulo à realização de atividades físicas regularmente, os malefícios do tabagismo e orientar sobre a importância de promover a saúde bucal estimulando a consulta odontológica periódica.

Engajamento público: orientar sobre alimentação saudável àqueles que buscam atendimento na unidade durante a permanência na sala de espera, promover o incentivo à realização de atividades físicas, explicando a sua importância para saúde, orientar sobre a cessação do tabagismo, assim como oferecimento de terapia farmacológica conforme necessidade do tabagista e tornar como parte da rotina de atendimento médico a promoção de higiene bucal.

Qualificação da prática clínica: é importante que todos da equipe saibam repassar aos hipertensos e diabéticos dicas alimentares, como redução da ingestão de sal na dieta, assim como controle de alimentos ricos em carboidratos para diabéticos. A participação da nutricionista da UBS será de grande valia para o esclarecimento de todos da equipe como também para os usuários. Também é importante discutir com a equipe os benefícios na redução dos valores pressóricos e índices glicêmicos obtidos com atividades físicas regulares, assim como debater com a equipe sobre a importância no controle das complicações cardiovasculares com a cessação do tabagismo. Outro ponto a ser discutido é quanto à prática correta de escovação e higiene bucal para posteriormente ser repassada aos usuários.

Monitoramento e avaliação: a ideia é monitorar a orientação nutricional prestada pela equipe de saúde e avaliar o resultado obtido nos usuários hipertensos e diabéticos, assim como revisar as medidas adotadas no incentivo à realização de atividades físicas, cessação do tabagismo e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

2.3.2 Indicadores

Meta: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Denominador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Os protocolos utilizados para realizar esta intervenção serão o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde, 2013 e o Caderno de Atenção Básica, Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Estes protocolos não estão disponíveis na UBS, porém serão providenciados para que todos da equipe o tenham. Todos os membros da equipe utilizarão estes protocolos e estudarão este material, com posterior reserva de horário semanal das reuniões de equipe de saúde para discutir o tema e assim serão conscientizados sobre a importância da atividade que está sendo desenvolvida para melhoria da qualidade de vida da população.

Utilizaremos uma ficha-espelho para coleta de dados dos hipertensos e diabéticos que participarão do programa, constando nesta ficha inúmeras informações, como dados antropométricos, resultados de glicemia, níveis pressóricos, todos importantes para cálculo de risco cardiovascular, assim como anotações de exames e medicações utilizadas. Serão necessárias a impressão de 663 fichas espelho para realização da atividade.

O acolhimento será realizado por todos e a técnica de enfermagem, que utilizará uma das salas da UBS, que costuma ser utilizada para procedimentos, nebulização, aplicação de medicações, lavagem de materiais, mas que pela ausência de local adequado, fará a coleta de dados a serem registrados na ficha do paciente. Todos aqueles sabidamente hipertensos e/ou diabéticos terão a verificação e coleta de dados criteriosamente. Assim como para o diagnóstico precoce de hipertensão arterial, será realizada o rastreio dos níveis pressóricos nos indivíduos acima de 20 anos e para rastreio de diabetes mellitus, a partir da avaliação de sintomas de diabetes na população acima de 20 anos com realização de uma glicemia casual ou em indivíduos assintomáticos, pela presença de critérios de rastreamento para solicitar glicemia de jejum e identificar diabetes mellitus.

Após acolhimento, coleta dos dados e seu registro, o paciente passará pela consulta médica, com avaliação completa do paciente, revisando sinais e sintomas da doença, assim como busca de complicações relacionada à patologia, avaliação dos risco cardiovascular, com utilização dos critérios de Framingham, necessidade de exames laboratoriais de rotina conforme protocolo, prescrição de medicamentos

disponíveis na farmácia popular e agendamento de retorno conforme protocolo. Todos estes itens devem fazer parte da rotina de atendimento. A secretária informará o paciente sobre as medicações, reforçando a sua tomada corretamente e marcará retorno na agenda para o paciente

Para obtenção de material necessário para realizar a intervenção, necessitaremos do apoio dos gestores a partir de diálogo, algo difícil de ser conseguido, mas que se fará necessário. Materiais importantes como fita métrica, balança, esfigmomanômetro calibrado, fitas para hemoglicoteste, assim como material de apoio informativo são fundamentais para realizar as atividades. Todos os materiais estão presentes e em boas condições para a intervenção, porém deve-se discutir com a equipe para que não falte os materiais e sempre tenha reposição.

Visando sensibilizar a comunidade é importante esclarecê-la sobre o que está sendo proposto e os benefícios que a atividade tende a trazer às pessoas, assim buscaremos apoio junto a associação de moradores.

A agenda será organizada para contemplar o atendimento de hipertensos e diabéticos. Casos agudos relacionado à doença terão atendimento prioritário, no mesmo dia. Serão reservados duas fichas de atendimento por turno, diariamente, para consulta de hipertensos e diabéticos, tornando isto parte da rotina de atendimento da UBS. Serão também reservados dois turnos semanais para atendimento preferencial a estes hipertenso e diabéticos, com sete consultas reservadas somente para estes grupos. Também serão reservadas fichas para usuários provenientes da busca ativa, a partir do contato dos agentes de saúde com a secretária do Posto. Todos hipertensos e diabéticos sairão da UBS com consulta de retorno agendada.

A enfermeira será responsável por revisar os registros dos atendimentos, monitorando exames clínicos, laboratoriais, assim como identificando hipertensos e diabéticos faltosos para comunicar aos agentes de saúde para fazer a busca destes para que não percam acompanhamento na UBS. Todos estes dados serão repassados para a equipe no monitoramento das ações.

Quanto às medidas de promoção à saúde, todos aqueles que consultarem receberão informações da equipe de saúde sobre a importância das modificações do estilo de vida e repercussão na melhora do controle da doença. Serão esclarecidos sobre alimentação adequada, sobre a realização de exercícios físicos regulares,

importância de cessação de tabagismo assim como controle dos fatores de risco. Serão realizadas atividades com os hipertensos e diabéticos da UBS durante o Hiperdia, que é realizado sempre na primeira semana do mês. A idéia é promover discussão sobre o tema com os hipertensos e diabéticos que estão cadastrados no programa, visando promover a saúde e controlar os fatores de risco associados a estas doenças, evitando complicações a longo prazo. Pretende-se promover a saúde nestas ocasiões e não somente ser um dia reservado para retirar medicações na UBS, como ocorre normalmente.

Será realizado grupo de hipertensos e diabéticos para discussão sobre a hipertensão e diabetes, fatores de risco associados, importância da tomada correta das medicações. Será realizado uma vez ao mês, com os hipertensos e diabético da área de abrangência da UBS, procurando passar orientações adequadas para melhoria da saúde e escutando as suas dúvidas para esclarecê-los e estimulá-los a cuidar adequadamente da doença.

Todos usuários cadastrados serão estimulados a praticarem atividades físicas regularmente, uma vez que está diretamente relacionada à melhora dos níveis pressóricos, diminuição do peso e controle glicêmico. Após avaliação médica serão orientados a realizarem preferencialmente caminhadas diárias. Os usuários com mais de 60 anos serão encaminhados para orientadora física que atua na UBS uma vez por semana para participar das atividades físicas coordenadas pela orientadora. Somente os usuários acima de 60 anos poderão participar pois são determinações da coordenadora física, que só realiza atividades físicas com idosos. Aqueles que pela idade não puderem participar do programa com a orientadora física serão avaliados clinicamente pelo médico e caso em condições físicas adequadas, será estimulado a realizar exercícios físicos, como caminhadas diárias.

A nutricionista da UBS será importante na elaboração e controle da dieta de hipertensos e diabéticos descompensados. Todos receberão orientações sobre cuidados com a dieta e serão reavaliados no retorno às consultas quanto à eficácia das orientações prestadas, avaliando-se o peso e calculando o Índice de Massa Corporal(IMC).

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Simon Bolívar, em Santana do Livramento, com hipertensos e diabéticos. Em três meses de atividades, muitas mudanças ocorreram na organização da UBS e na forma de atendimento desses usuários, pois uma maior atenção foi dada a este grupo de usuários pertencentes à área de cobertura da UBS, objetivando uma melhora da atenção à saúde e na qualidade de vida.

Reavaliando as atividades realizadas ao longo destes três meses de intervenção, percebemos que muitas das ações propostas no período de planejamento, concretizaram-se.

A capacitação dos profissionais da equipe de saúde foi uma das ações mais importantes realizadas, pois a partir do esclarecimento dos temas propostos na intervenção, os profissionais puderam entender a relevância daquilo que estava sendo colocado em prática. Todos da equipe receberam o material sobre Hipertensão e Diabetes, sendo utilizado um protocolo sobre este assunto. Foi dividido o material entre todos os membros da equipe e cada membro ficou responsável por ler o material e discutir sobre a sua parte na reunião da equipe, realizada em dois turnos pela tarde. A discussão foi muito proveitosa onde todos tiraram suas dúvidas.

Quanto ao atendimento clínico, uma organização da agenda de atendimento dos hipertensos e diabéticos foi realizada, com disponibilização de 2 turnos para atendimento preferencial destes grupos, ou seja, segundas e terças-feiras à tarde eram dedicadas para atendimento preferencial de hipertensos e diabéticos. Além disso, 2 fichas eram reservadas para estes usuários nos outros turnos da semana.

Inicialmente percebemos que muitos hipertensos e diabéticos vinham para consulta fora do turno programado, mas mesmo assim o cadastro era realizado e o atendimento feito, tendo o cuidado de orientá-los e educá-los para retornarem nas datas específicas e conforme agendamento.

O acolhimento foi realizado por todos membros da equipe, de forma satisfatória. O preenchimento das fichas-espelho, com registro de dados, medidas

antropométricas também foram realizados de forma satisfatória pela equipe, que compreenderam a importância das atividades que vinham sendo realizadas.

Dentro dos atendimentos clínicos realizados, algo importante foi o cadastro a partir da visita domiciliar. Foi uma forma de abordar as pessoas que não tinham condições de chegar até a Unidade de Saúde. Muitos idosos, assim como acamados eram atendidos a partir das visitas domiciliares. Muitas orientações eram repassadas, como controle dos fatores de risco, avaliação das medicações utilizadas e otimização do tratamento, assim como o esclarecimento destas pessoas e de seus familiares. Creio que esta foi uma das atividades mais interessantes, pois muitos destes usuários estavam sem atenção à saúde, e estes momentos eram de grande importância na tentativa de melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Outro ponto a ser relatado foi quanto à organização das fichas-espelho para cadastro de hipertensos e diabéticos, em que conseguimos algumas pastas que estavam sem uso na UBS e as utilizamos para guardar estas fichas. Acredito que esta organização facilitou o trabalho de toda equipe, pois melhorou o acesso a estas fichas, facilitando a obtenção de dados sobre os usuários cadastrados.

As atividades com grupos de hipertensos e diabéticos também foram muito proveitosas, pois eram encontros onde ocorriam muitos esclarecimentos e conscientização das pessoas sobre a sua enfermidade. Foram realizados 3 encontros ao longo dos 3 meses de intervenção, todos ocorrendo conforme as datas planejadas. Durante os encontros, debatemos com todos participantes sobre estas doenças, sobre a importância da tomada correta de medicações e da mudança do estilo de vida, com realização de atividades físicas, cessação do tabagismo e controle da dieta. Todos sempre mostravam-se muito interessados, fazendo perguntas interessantes. As reuniões eram realizadas na sala de espera da Unidade, um local não muito adequado, por ser pequeno e em alguns momentos não comportar todos os participantes. Após o debate, a equipe servia um chá e sanduíches especialmente preparados para os hipertensos e diabéticos, conforme receita fornecida pela nutricionista da UBS, que também participava dos encontros. Estas reuniões foram fundamentais para o esclarecimento destas pessoas, motivando-os a seguirem as orientações, tomando corretamente as medicações e controlando os fatores de risco associados.

Outra ação que ocorreu conforme o programado foi o Hiperdia, que é realizado na UBS sempre nas primeiras semanas do mês. O Hiperdia é um programa do Ministério da Saúde que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde, permitindo gerar informações para aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os usuários cadastrados. Mais do que somente cadastrar e dispensar medicações, realizamos uma atividade com estes grupos durante os encontros. Em uma das ocasiões realizamos na sala de espera da UBS uma discussão sobre alimentação saudável para hipertensos e diabéticos. A nutricionista fez uma abordagem sobre os cuidados alimentares que devem ser realizados, como perda de peso, controle da ingestão de sal, controle da ingestão de carboidratos e gorduras. A participação da nutricionista foi muito elogiada pelas pessoas que compareceram.

Quanto ao monitoramento da intervenção, semanalmente era realizada reunião com a enfermeira e secretária da UBS para avaliar o andamento da intervenção. Revisávamos os cadastros realizados, as atividades que vinham sendo propostas assim como discutíamos melhorias que poderiam ser realizadas para aumentar a cobertura do programa com hipertensos e diabéticos e otimizar a organização do serviço. As reuniões semanais da equipe de saúde também foram fundamentais nesta melhoria da atenção, em que debatíamos entre todos os membros da equipe, sobre as ações realizadas e todos participavam e contribuíam para melhoria do serviço.

O contato com lideranças comunitárias ocorreu durante a intervenção, com explicação sobre as atividades que estavam sendo realizadas pela equipe e na importância a longo prazo destas ações com hipertensos e diabéticos. Este esclarecimento foi importante para o bom estabelecimento das atividades a serem realizadas e para aumentar a cobertura de cadastramento destes grupos.

3.2 Ações previstas não desenvolvidas

Todas as ações propostas felizmente puderam ser desenvolvidas durante a intervenção, algo muito importante para que os objetivos fossem alcançados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Uma das ações que poderiam ter melhor ocorrido na intervenção foi em relação aos agentes de saúde, pois no início da intervenção eles estavam sem realizar os cadastros há cerca de 2 meses, devido à falta de folhas de cadastramento. Desta forma, estes agentes que iniciaram o trabalho na UBS durante este ano, após terem sido aprovados em concurso público, interromperam o andamento dos seus cadastros pela falta de material. Acredito que isto influenciou em relação à intervenção, pois este conhecimento da comunidade da área de abrangência é fundamental para a realização das atividades na UBS. O contato dos agentes de saúde com a comunidade é um importante recurso para captá-los e integrá-los às ações de saúde realizadas na UBS, algo que poderia ter sido melhor no início da intervenção caso os agentes estivessem cadastrando a população.

Quanto à coleta de dados e preenchimento da planilha, acreditamos que esta tenha sido preenchida de forma satisfatória, pois já estávamos acostumados a manuseá-la por lidar continuamente com ela. Dessa forma, o preenchimento ocorria de forma espontânea. A enfermeira da UBS também aproveitou para visualizar o funcionamento da planilha, estando capacitada para preenchê-la.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.

Acredito que as ações realizadas durante a intervenção continuarão ocorrendo na UBS. Este é um ponto fundamental, pois as mudanças implantadas na forma de abordar os usuários hipertensos e diabéticos foram muito importantes na melhoria da qualidade de vida da população. O preenchimento da ficha-espelho também continuará ocorrendo, com cadastro contínuo daqueles que buscarem atendimento na UBS, assim como avaliação do risco cardiovascular e incentivo ao controle dos fatores de risco associados. Os grupos de hipertensos e diabéticos também seguirão ocorrendo, pois é um momento importante de promoção à saúde. Acredito que se deve dar ênfase durante as reuniões de equipe de saúde, para debater as ideias sobre assuntos a serem discutidos durante as reuniões dos grupos de hipertensos e diabéticos. Também se deve discutir com toda a equipe, melhorias e aperfeiçoamentos ao longo do tempo para que estas ações de saúde com a população permaneçam ocorrendo de forma satisfatória.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Descrição quantitativa e qualitativa:

Objetivo: Aumentar a cobertura a hipertensos com mais de 20 anos da área adstrita

Meta: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde).

A intervenção buscou aumentar a cobertura a hipertensos da área adstrita à UBS. A área conta com uma população de 265 hipertensos acima de 18 anos. A cobertura, ao final da intervenção atingiu 38% da população de hipertensos da área de cobertura.

Ao iniciar a intervenção não havia dados sobre cobertura a hipertensos na área da UBS. No final do primeiro mês atingimos 16,2% de cobertura(43 hipertensos), valor aumentado no segundo mês de intervenção, quando atingimos 29,1%(77 hipertensos) e no final do terceiro mês atingimos a cobertura de 38,1%(101), conforme a figura 1.

A cobertura foi ampliada gradualmente ao longo dos 3 meses de intervenção, porém a meta não foi atingida. Acredito que um dos motivos que contribuíram para não atingir esta meta foi o fato de termos permanecido um bom período sem a atuação dos agentes de saúde, que por falta de material para cadastrar, não conseguiram trabalhar no início da intervenção. Estes agentes haviam iniciado seu trabalho na UBS, após aprovação em concurso público, porém interromperam o seu trabalho inicial pela falta de material para cadastrar a população, podendo ter influenciado para a menor captação da população alvo. Outro fato que contribuiu foi a questão de não termos conhecimento prévio da população total da área de abrangência da UBS e somente no final da intervenção, com o retorno do trabalho dos agentes de saúde, termos conseguido estimar a população de hipertensos da área da UBS, com a atualização do cadastro familiar.

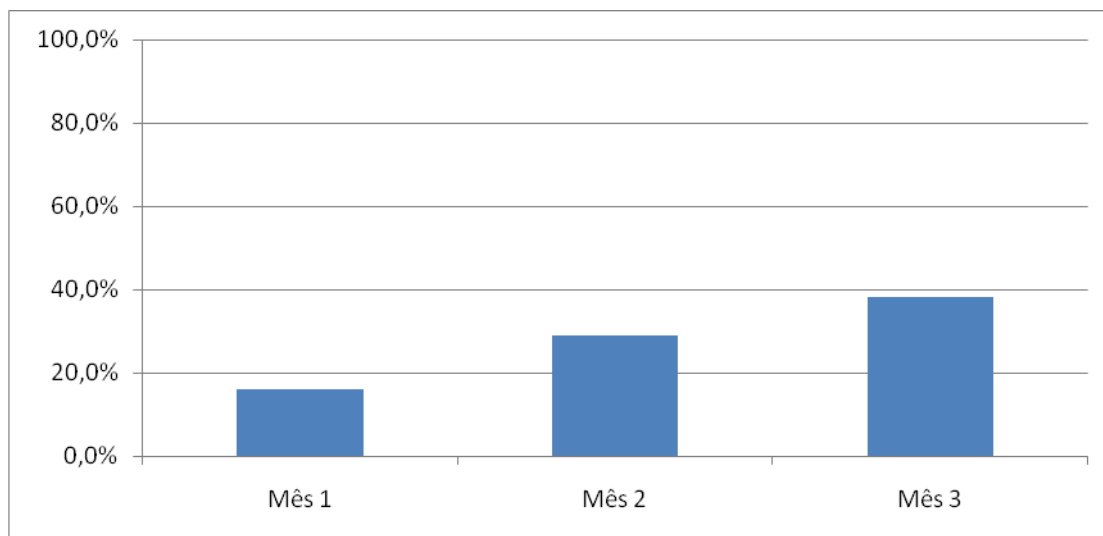


Figura 1- Gráfico indicativo de Proporção da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Aumentar a cobertura à diabéticos com mais de 20 anos da área adstrita

Meta: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A intervenção buscou aumentar a cobertura a diabéticos da área adstrita à UBS. A área conta com uma população de 64 diabéticos acima de 18 anos. A cobertura, ao final da intervenção atingiu 48,4% da população de diabéticos da área de cobertura.

Ao iniciar a intervenção não havia dados sobre cobertura a diabéticos na área da UBS. No final do primeiro mês atingimos 21,9% de cobertura (14 diabéticos), valor aumentado no segundo mês de intervenção, quando atingimos 34,4% (22 diabéticos) e no final do terceiro mês atingimos a cobertura de 48,4% (31 diabéticos), figura 2. A ampliação da cobertura a diabéticos da área da UBS evoluiu gradualmente ao longo dos três meses de intervenção. A meta de 70% de cobertura não foi atingida, acredito que o fato de os agentes de saúde terem permanecido sem atuar durante o início da intervenção influenciou para que a cobertura alcançasse resultados inferiores aos esperados, também devido a não conhecermos a área da UBS previamente, pois não havia dados sobre a população.

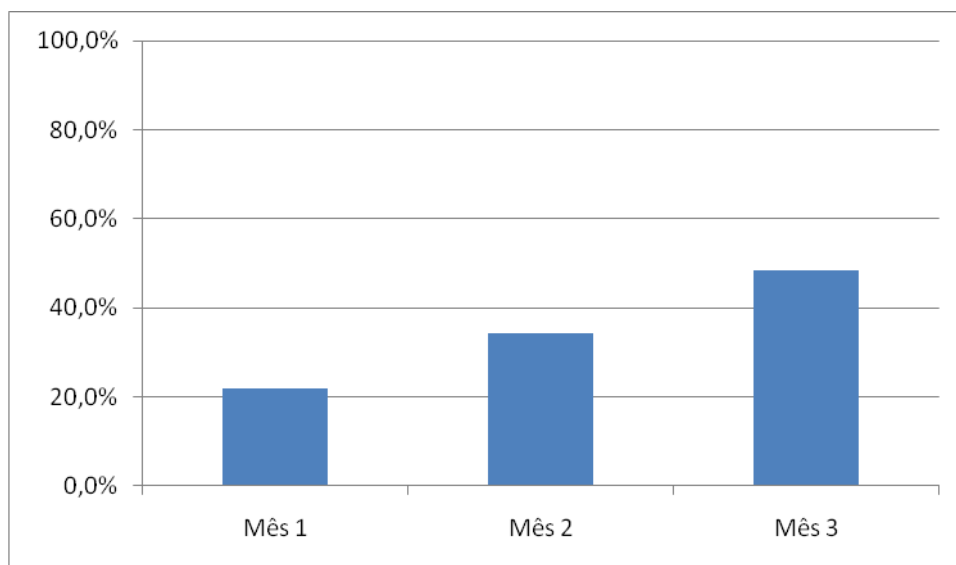


Figura 2- Gráfico indicativo de Proporção da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo dos três meses de intervenção, a proporção de hipertensos com exame clínico em dia foi satisfatória, atingindo 100% de exame clínico em dia ao final de cada mês.

Todos os hipertensos eram examinados adequadamente durante as consultas, de acordo com o protocolo, avaliando fatores de risco associados e complicações da patologia presentes durante a consulta. A meta foi alcançada satisfatoriamente. Acredito que a organização do atendimento e um roteiro de avaliação dos usuários cadastrados no programa contribuiu para atingirmos as metas (figura 3).

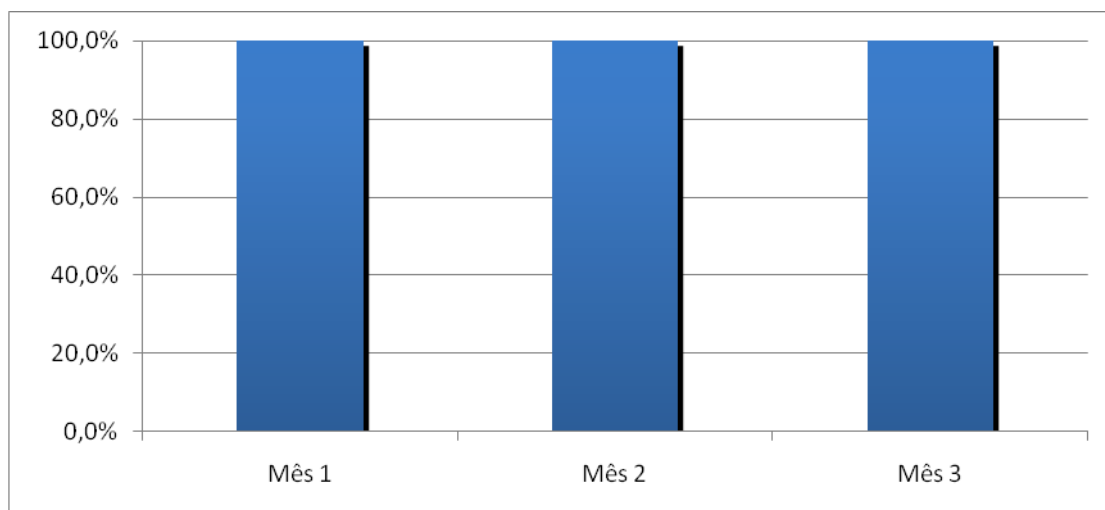


Figura 3- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com o protocolo. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo dos três meses de intervenção, a proporção de diabéticos com exame clínico em dia foi satisfatória, atingindo 100% de exame clínico em dia ao final de cada mês conforme mostra a figura 4.

Algo muito importante que contribuiu para atingir as metas desejadas foi a organização da atenção à saúde de diabéticos. Todos eram atendidos e realizavam exame clínico minucioso, conforme protocolo, buscando identificar fatores de risco associados e complicações da doença.

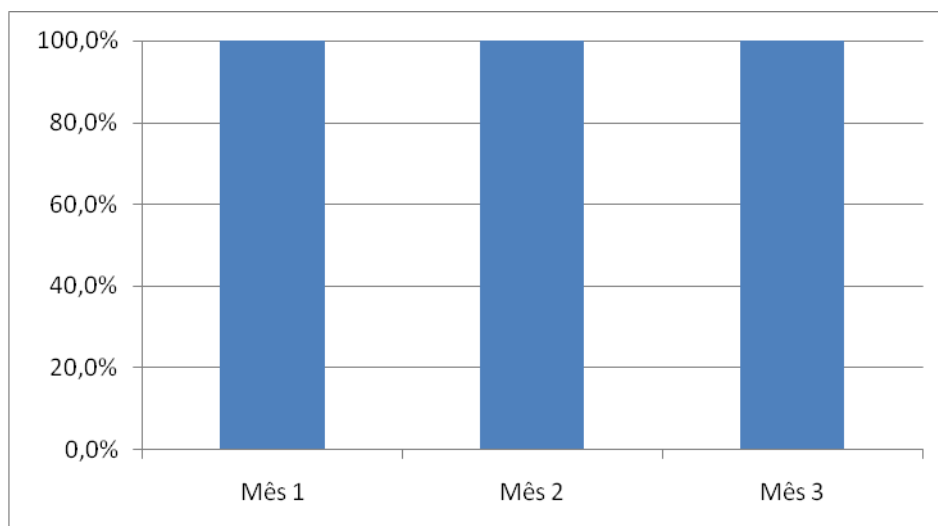


Figura 4- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com protocolo. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quanto aos exames complementares em dia, ao longo do primeiro mês de intervenção, 48,8% (21 hipertensos) estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final do segundo mês houve um aumento neste valor e 57,1% (44 hipertensos), estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final do último mês, atingimos o valor de 68,3% (69 hipertensos) com os exames complementares em dia conforme protocolo (figura 5).

A meta não foi atingida, pois muitos usuários acabaram sendo cadastrados no último mês de intervenção, não proporcionando tempo suficiente de que trouxessem os exames até o final da intervenção. Alguns casos de usuários com exames que não estavam em dia tiveram que retornar a partir da busca ativa pelos agentes de saúde. Estes valores crescentes foram conseguidos ao longo da intervenção, pois estes traziam os exames solicitados nas consultas de retorno.

Todos os usuários cadastrados eram avaliados quanto a seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e aqueles que estavam com exames atrasados, recebiam o pedido de exame durante a consulta médica. Os

exames eram realizados em Santana do Livramento e tínhamos a disponibilidade de solicitá-los. Todos eram conseguidos gratuitamente e eram realizados dentro do prazo adequado.

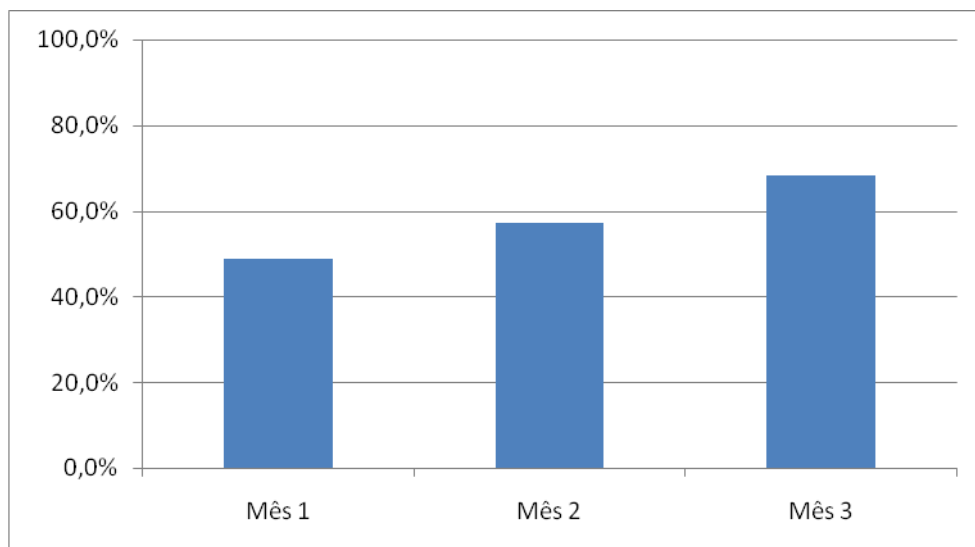


Figura 5- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quanto aos exames complementares em dia, ao longo do primeiro mês de intervenção, 64,3% (9 diabéticos) estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final do segundo mês houve um incremento neste valor em que 86,4% (19 diabéticos), estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final do último mês, atingimos o valor de 87,1% (27 diabéticos) com os exames complementares em dia conforme protocolo (figura 6).

A meta não foi atingida quanto aos diabéticos com exames complementares em dia conforme protocolo, pois alguns destes usuários cadastrados ao final da intervenção, ainda não havia retornado com os exames. Muitos diabéticos estavam comprometidos em controlar a sua doença e o apoio de toda a equipe de saúde contribuiu para que estes usuários permanecessem assíduos nas consultas e

realizassem seus exames. Muitos dos usuários cadastrados acabaram trazendo seus exames complementares após o final da intervenção, ficando em dia conforme o protocolo, o que é muito importante, pois mesmo tendo sido cadastrados ao final da intervenção, continuaram participando do programa junto à UBS e trouxeram seus exames.

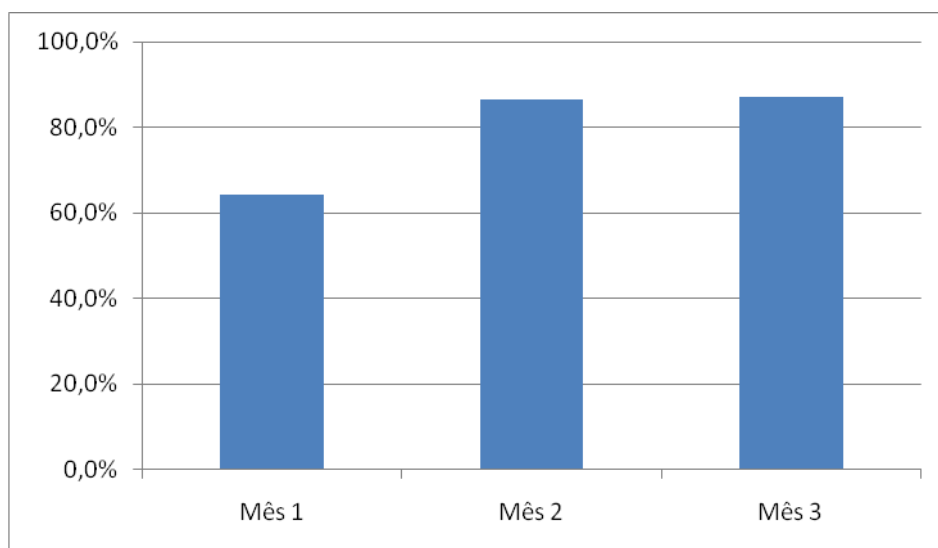


Figura 6- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos hipertensos recebiam suas medicações pela farmácia popular (42). Ao final do segundo mês houve uma queda, sendo que 96% dos hipertensos cadastrados estavam utilizando medicações da farmácia popular (72). Ao final da intervenção, conseguimos aumentar essa proporção para 97% (96 hipertensos) de todos os hipertensos cadastrados (figura 7).

A meta não foi alcançada. A explicação para este fato é de que muitos usuários cadastrados já utilizavam suas medicações há muito tempo e já estavam acostumados com suas medicações não desejando modificá-las e estando acostumados a comprá-las. Desta forma, poucos cadastrados não utilizavam

medicações da farmácia popular, porém sempre era explicado da ótima eficácia sobre as medicações fornecidas pelo governo e da sua gratuidade.

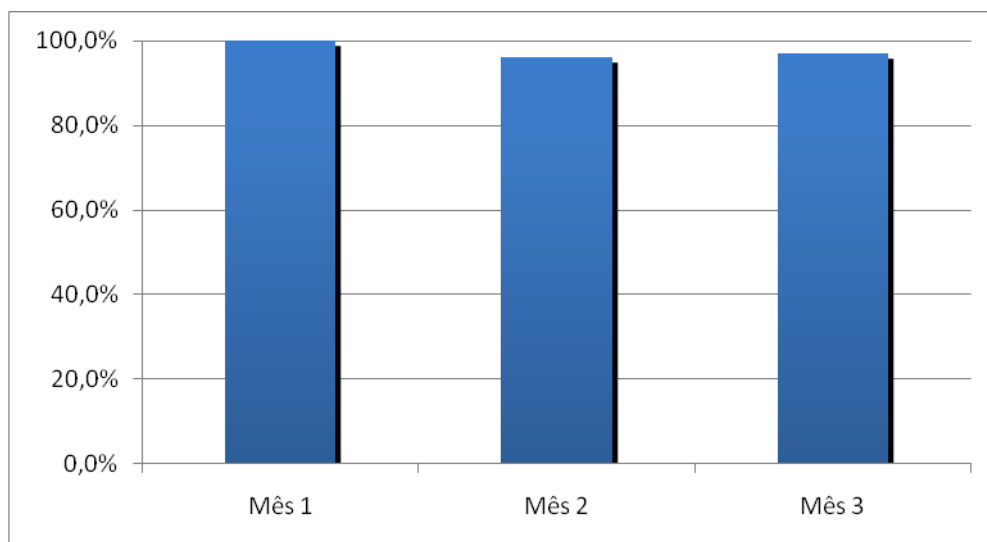


Figura 7- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com medicamentos da farmácia popular/hipertensão priorizada. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão priorizada.

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos diabéticos recebiam suas medicações pela farmácia popular (14). Ao final do segundo mês houve uma queda, sendo que 95,5% dos diabéticos cadastrados estavam utilizando medicações da farmácia popular (21). Ao final da intervenção, conseguimos aumentar essa proporção para 96,8%(30) de todos os diabéticos cadastrados (figura 8).

Da mesma forma que com os hipertensos, a explicação para que nem todos os diabéticos estivessem utilizando medicações da farmácia popular, é pelo fato de muitos deles utilizarem medicações compradas de longa data. Desta forma, alguns poucos diabéticos não desejavam substituir o seu esquema de remédio. Mesmo assim, a todos eles eram oferecidas informações sobre a ótima eficácia dos medicamentos da farmácia popular e de sua gratuidade.

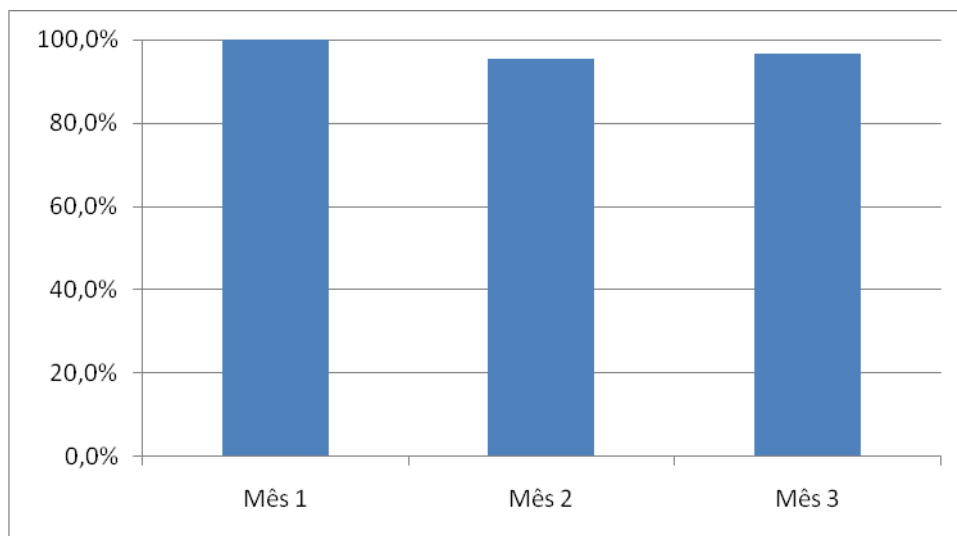


Figura 8- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com medicamentos da farmácia popular/hipertensão priorizada. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos hipertensos haviam recebido avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico. Da mesma forma, ao final do segundo e terceiro mês, todos hipertensos cadastrados no programa haviam recebido avaliação quanto a atendimento odontológico atingido 100%(101) (figura 9).

Todos hipertensos que eram atendidos pela equipe de saúde eram também avaliados pela dentista da UBS. Conforme contato com a dentista durante o projeto de intervenção, concordamos para que todos hipertensos, além das orientações sobre saúde bucal, também recebessem avaliação com a dentista da UBS. Isto foi um ponto importante para atingir a metas

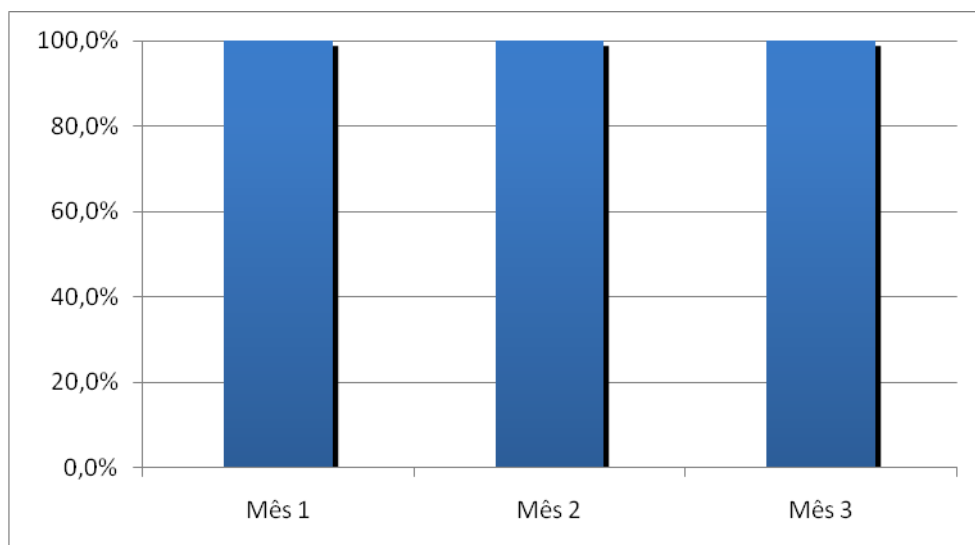


Figura 9- Gráfico indicativo de Proporção de de hipertensos com avaliação de necessidade odontológica. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos diabéticos haviam recebido avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico. Da mesma forma, ao final do segundo e terceiro mês, todos diabéticos cadastrados no programa haviam recebido avaliação quanto a atendimento odontológico atingido 100% (31) como mostra a figura 10 abaixo.

Todos diabéticos que eram atendidos pela equipe de saúde eram também avaliados pela dentista da UBS. Conforme contato com a dentista durante o projeto de intervenção, concordamos para que todos diabéticos, além das orientações sobre saúde bucal, também recebessem avaliação com a dentista da UBS. Isto foi um ponto importante para atingir a metas

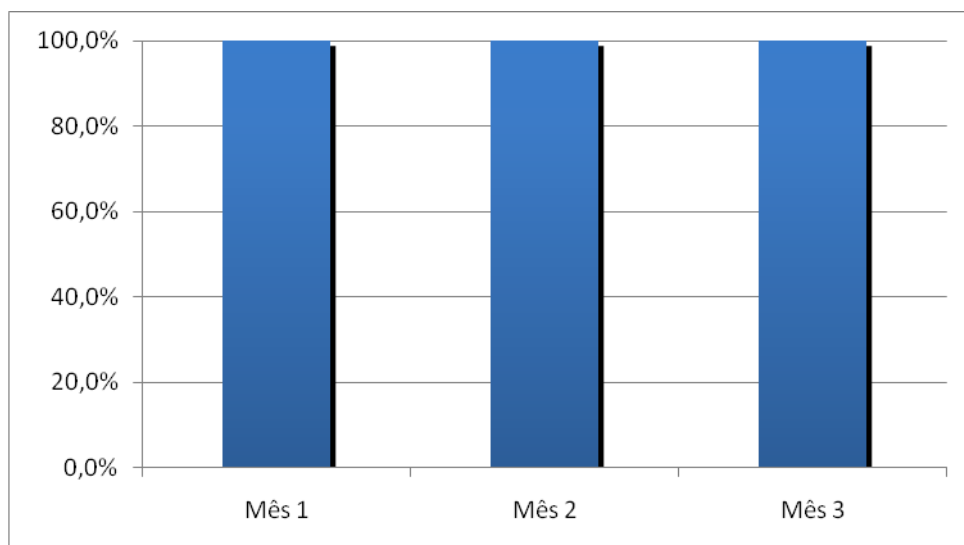


Figura 10- Gráfico indicativo de Proporção de de diabéticos com avaliação de necessidade odontológica. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

Objetivo: Melhorar a adesão dos hipertensos da área adstrita

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Ao final do primeiro mês, não haviam hipertensos faltosos às consultas médicas conforme periodicidade recomendada. Ao final do segundo mês, 100% dos faltosos receberam busca ativa para retorno à consulta(11). Estes valores também foram observados no final do terceiro mês no qual tivemos 11 faltosos (Figura 11).

Acredito que os valores encontrados justificam a brevidade da intervenção, pois os hipertensos realizavam retorno conforme protocolo utilizado, avaliando-se o risco cardiovascular, diferenciando um retorno mais breve ou tardio para as consultas. Muitos usuários cadastrados acabaram se ausentando às consultas, principalmente sendo observados estes dados durante o segundo mês de intervenção. Desta forma, eram contatados os agentes de saúde para que entrassem em contato com estes faltosos para o retorno agendado.

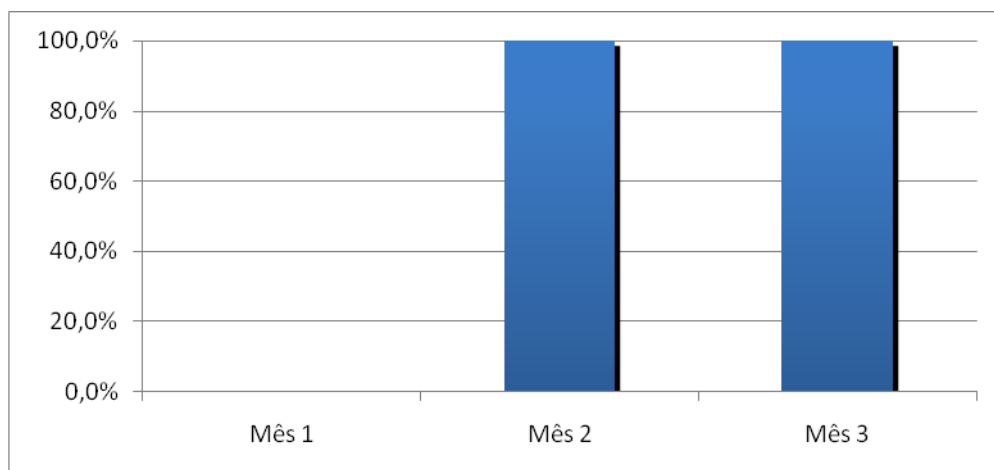


Figura 11- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a adesão dos diabéticos da área adstrita

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Ao final do primeiro mês, não haviam diabéticos faltosos às consultas médicas conforme periodicidade recomendada. Ao final do segundo mês, 100% dos faltosos receberam busca ativa para retorno à consulta(4). Estes valores também foram observados no final do terceiro mês, quando tivemos 4 faltosos que foram buscados (figura 12).

Avaliando os resultados obtidos, percebo que grande parte dos usuários cadastrados seguiam o protocolo de retorno às consultas. Poucos casos de faltosos, sendo a sua totalidade observada no segundo mês, em que estes faltosos, conforme classificação do risco cardiovascular durante o cadastro inicial, eram orientados a retornar às consultas. Todos os faltosos, a partir da busca ativa pelos agentes de saúde, foram orientados a reagendar a sua consulta.

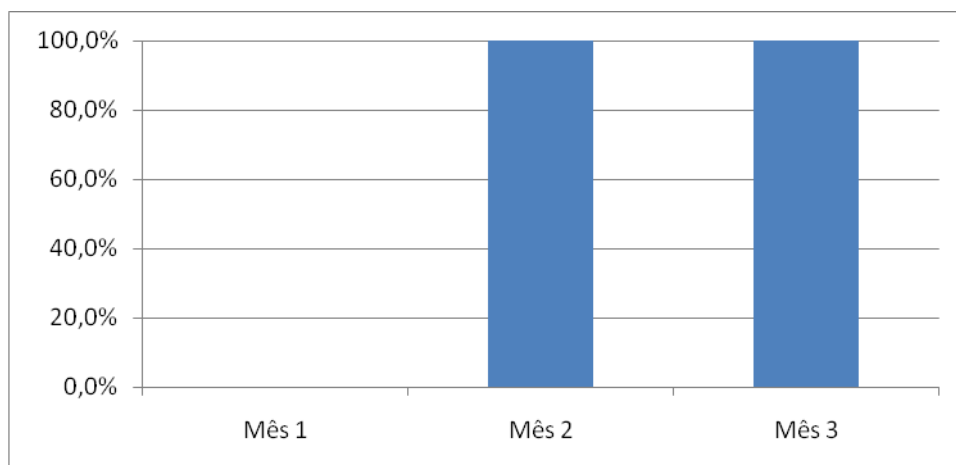


Figura 12- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar o registro dos hipertensos da área adstrita

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos hipertensos(43) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. Da mesma forma, ao final do segundo e terceiro mês, 100% dos hipertensos (77 e 101 hipertensos respectivamente) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento (figura 13).

Acredito que o que influenciou positivamente para que o registro nas fichas de acompanhamento funcionassem de maneira correta, foi a organização de um fichário, onde guardávamos as fichas espelho. Desta forma, todos os registros eram encontrados com facilidade na UBS por todos os membros da equipe de saúde. Isto foi importante para alcançar os objetivos.

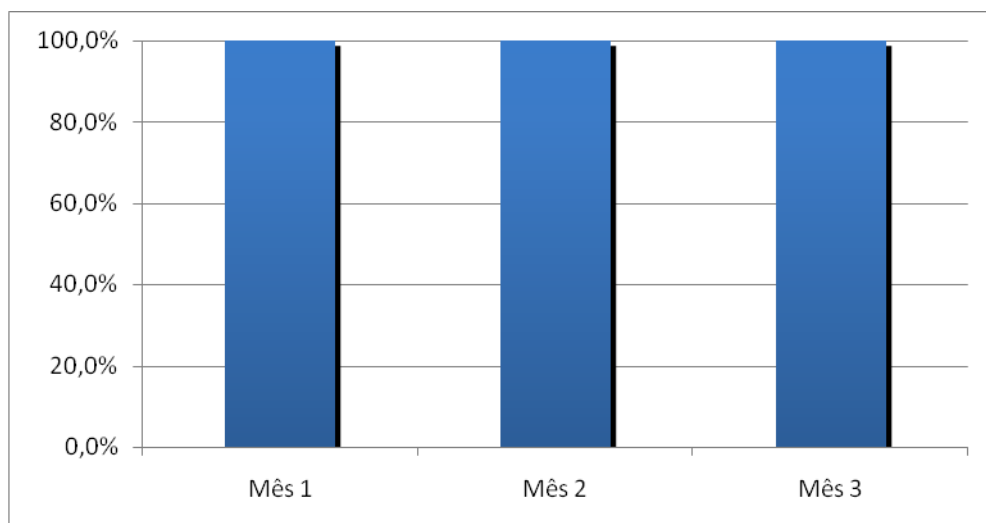


Figura 13- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Melhorar o registro dos diabéticos da área adstrita

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos diabéticos(14) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. Da mesma forma, ao final do segundo e terceiro mês, 100% dos diabéticos (22 e 31 diabéticos respectivamente) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento (figura 14).

Percebo que os valores observados demonstram a importância da organização do atendimento e de um registro eficiente na UBS, para que os objetivos propostos fossem atingidos.

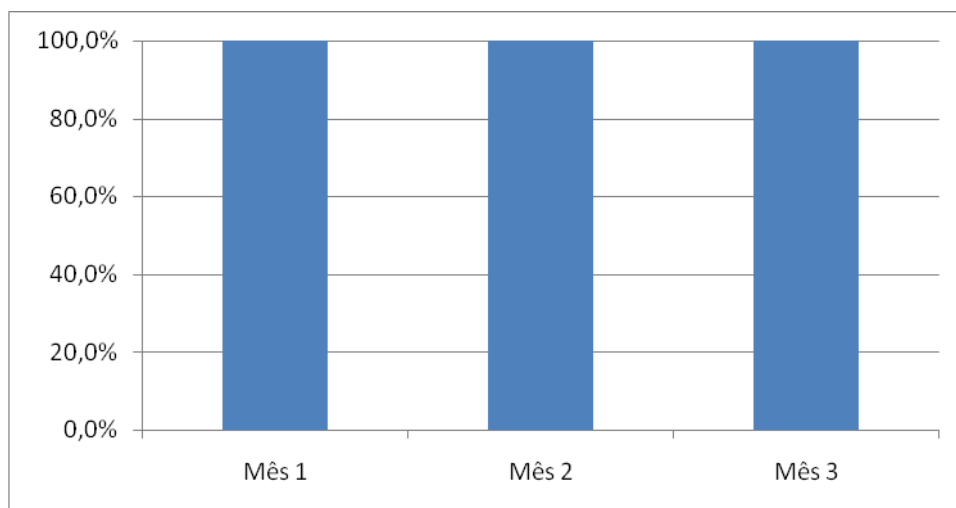


Figura 14- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Realizar estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos da área adstrita

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Avaliando os resultados, percebo que ao final do primeiro mês, 65,1% dos hipertensos cadastrados estavam estratificados quanto ao risco cardiovascular (28). Ao final do segundo mês, houve um incremento com 72,7% dos hipertensos com estratificação em dia (56). No terceiro mês, 80, 2% dos hipertensos (81) do total de 101 hipertensos cadastrados estavam com estratificação do risco cardiovascular em dia (figura 15).

Muitos hipertensos, ao consultar eram estratificados quanto ao risco cardiovascular, sendo que alguns já eram classificados como alto risco se apresentassem alguma lesão de órgão-alvo que conforme o protocolo seguido já os classificaria com alto risco cardiovascular. Em outros casos, era necessário aguardar exames, o que justifica a meta não ter sido alcançada, pois alguns destes usuários não trouxeram os exames complementares em tempo para estratificação do risco cardiovascular, não atingindo meta final de 100%.

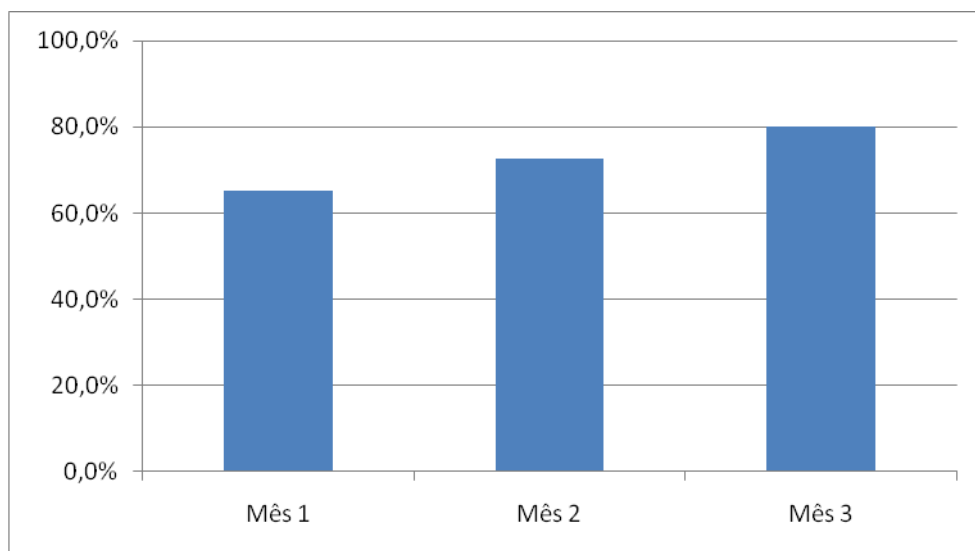


Figura 15- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Realizar estratificação do risco cardiovascular dos diabéticos da área adstrita

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Ao final dos três meses de intervenção, todos diabéticos cadastrados, tiveram estratificação do seu risco cardiovascular, atingindo 100% ao final da intervenção (31 diabéticos) conforme a figura 16 abaixo.

Reverendo os valores obtidos ao longo dos três meses de intervenção percebe-se que a meta foi alcançada. Algo que influenciou para que todos diabéticos fossem estratificados quanto ao risco cardiovascular, foi o fato de que os usuários diabéticos já eram classificados quanto ao risco cardiovascular durante a primeira consulta conforme protocolo seguido, sem necessidade de exames complementares para classificá-los quanto ao risco cardiovascular.

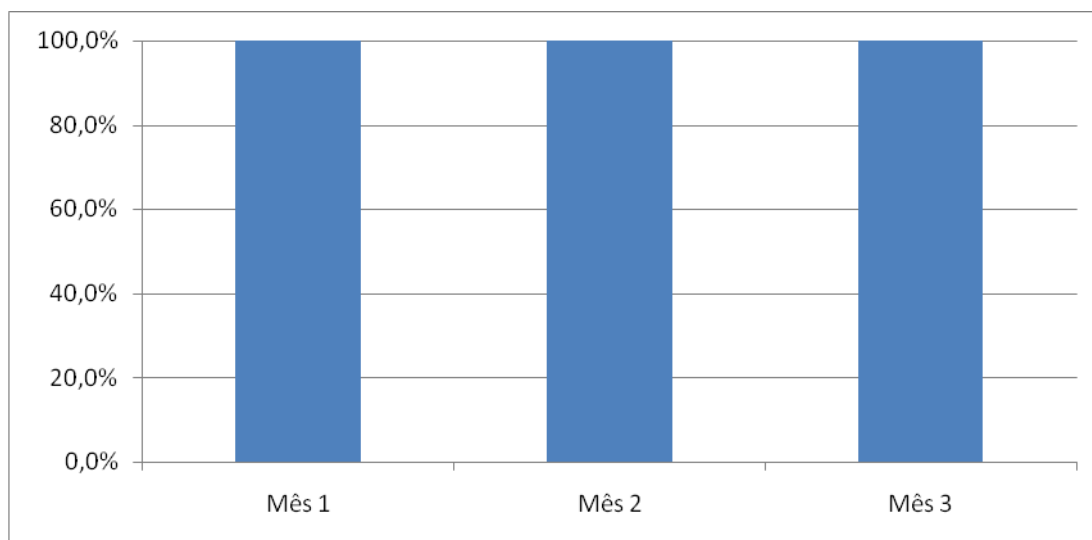


Figura 16- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular em dia. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Quanto à orientação sobre alimentação saudável, 100% dos hipertensos e diabéticos receberam orientações ao final de cada mês de intervenção, atingindo um total de 101 hipertensos e 31 diabéticos ao final do terceiro mês.

Todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita que participaram do programa receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável já na avaliação inicial do paciente na UBS. . Durante o acolhimento, assim como durante as consultas, estes tópicos eram enfatizados e a colaboração da equipe foi importante para que estas metas de 100% fossem alcançadas (figuras 17 e 18).

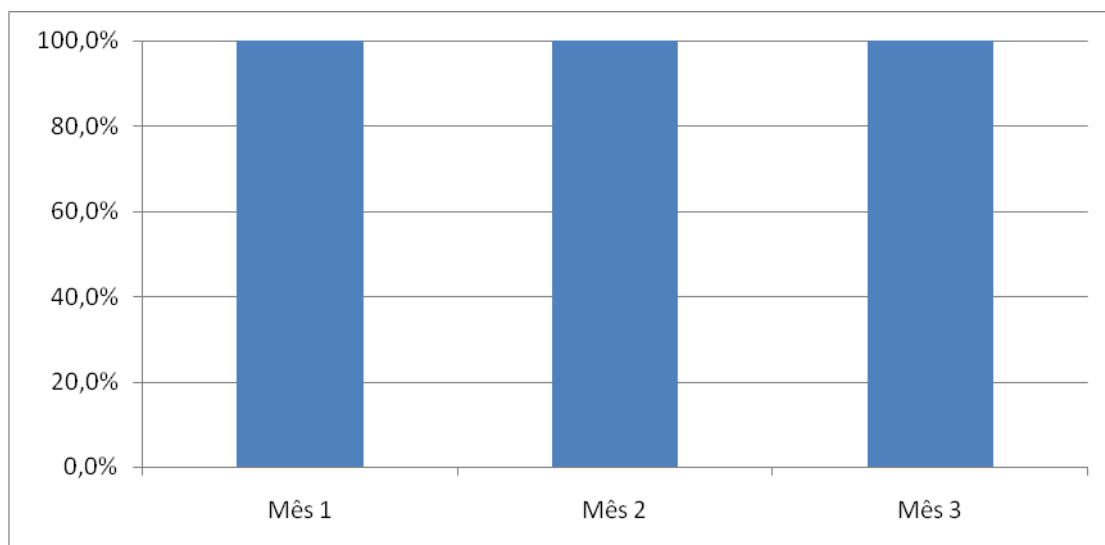


Figura 17- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

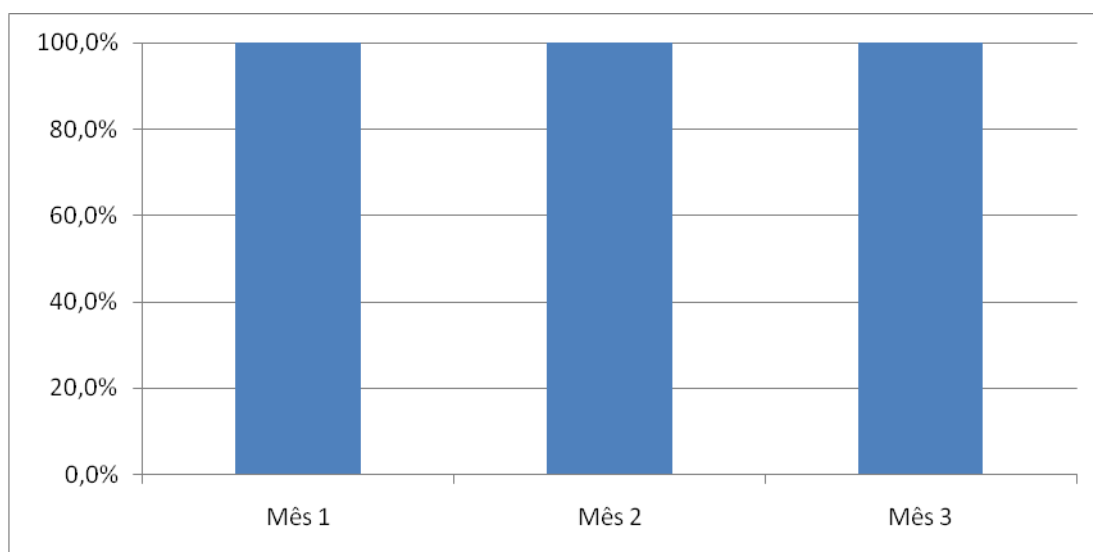


Figura 18- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita.

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Quanto à orientação à prática regular de atividade física, ao final de cada mês, a meta de 100% de promoção foi atingida. Ao final da intervenção todos hipertensos e diabéticos cadastrados foram orientados (figura 19 e 20).

Acredito que as metas foram alcançadas graças à participação de toda equipe de saúde. Todos usuários cadastrados eram instruídos para realizarem atividades físicas por todos profissionais da equipe de saúde. Desta forma podemos observar que a meta foi alcançada ao final de cada mês de intervenção.

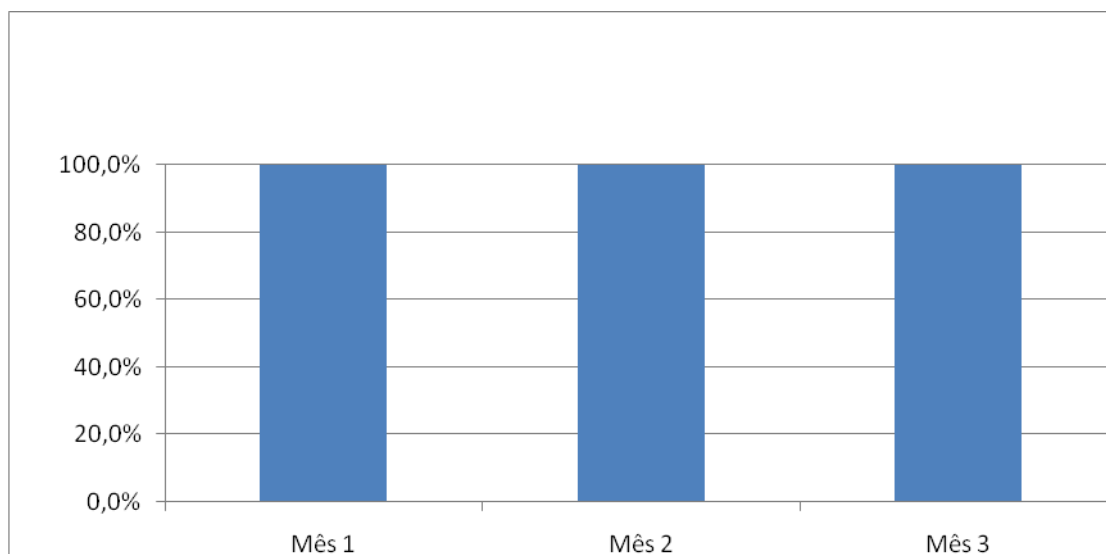


Figura 19- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

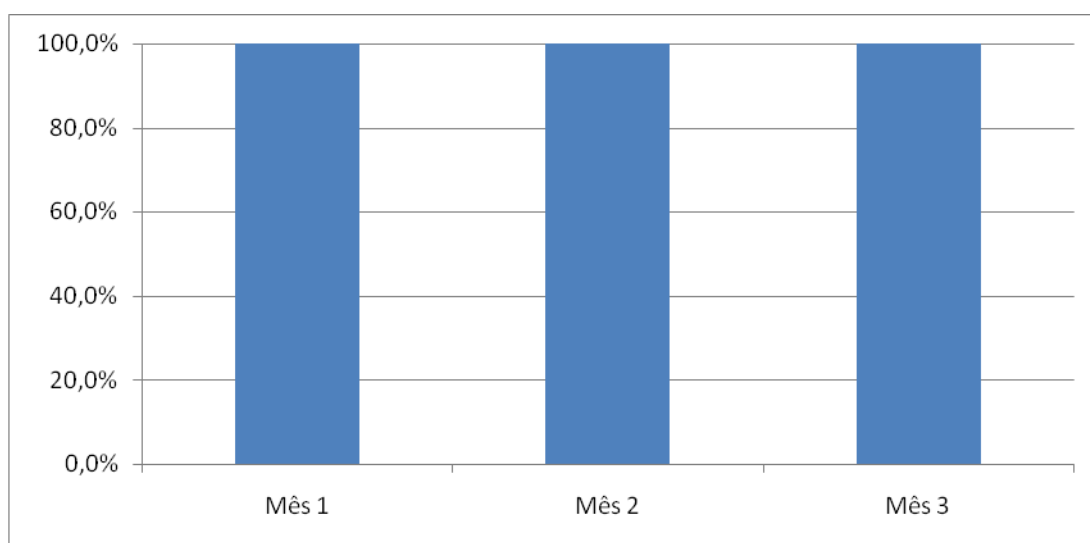


Figura 20- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos usuários cadastrados eram instruídos para parar de fumar por todos profissionais da equipe de saúde. Uma das formas que influenciam positivamente para que os tabagistas deixem de fumar é o incentivo e o aconselhamento. Ao longo das consultas, os tabagistas eram orientados sobre os malefícios do cigarro à saúde. Desta forma, ao longo da intervenção, toda a equipe de saúde se mobilizou em difundir a cessação do tabagismo (figuras 21 e 22).

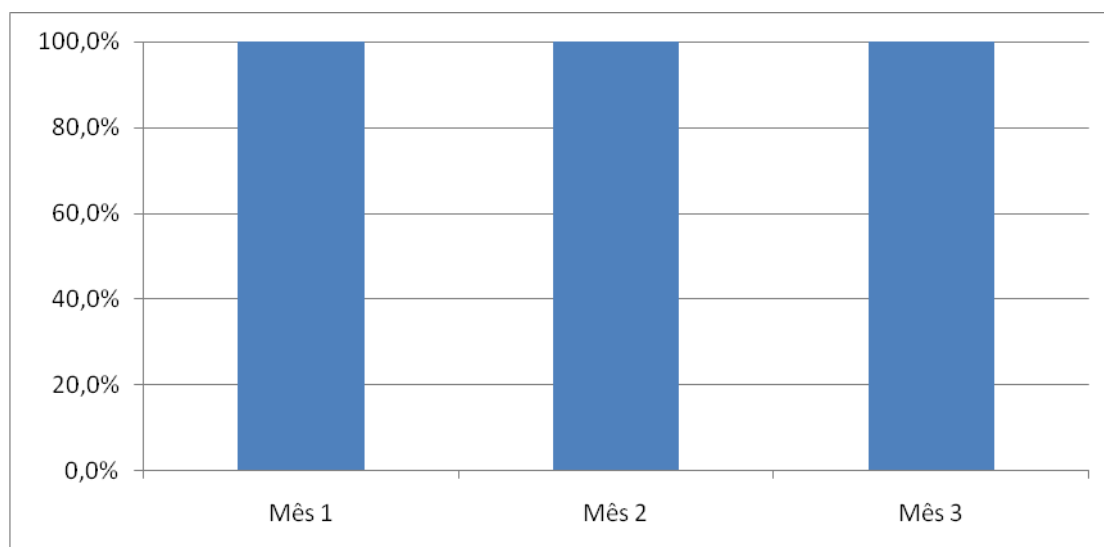


Figura 21- Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

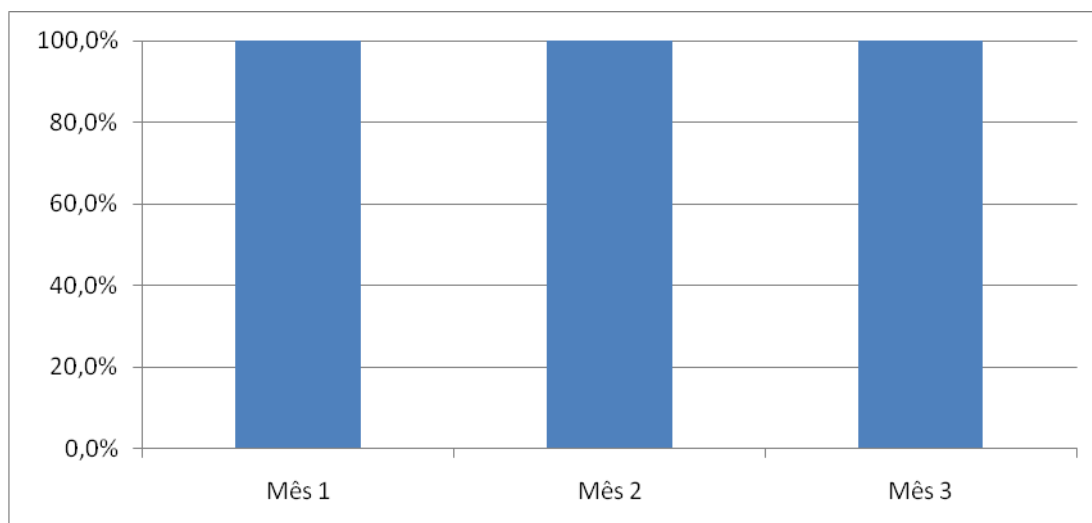


Figura 22- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Todos os hipertensos e diabéticos eram aconselhados o longo da intervenção para cuidados com higiene bucal. Além da avaliação odontológica com a dentista da UBS, as informações e orientações prestadas pela equipe foram importantes para atingir a meta de 100% de cadastrados (figuras 23 e 24).

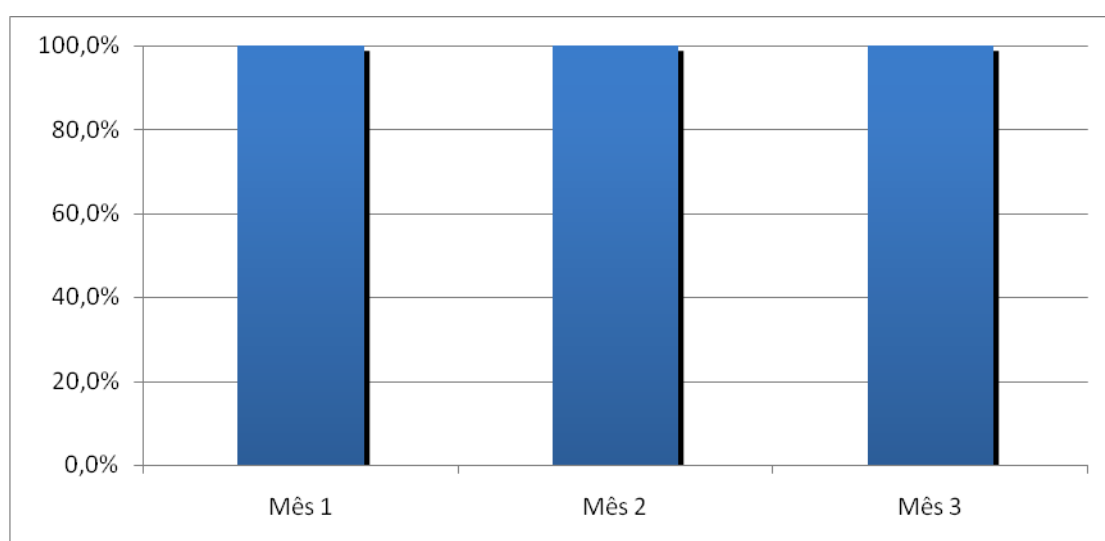


Figura 23 – Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS,2014.

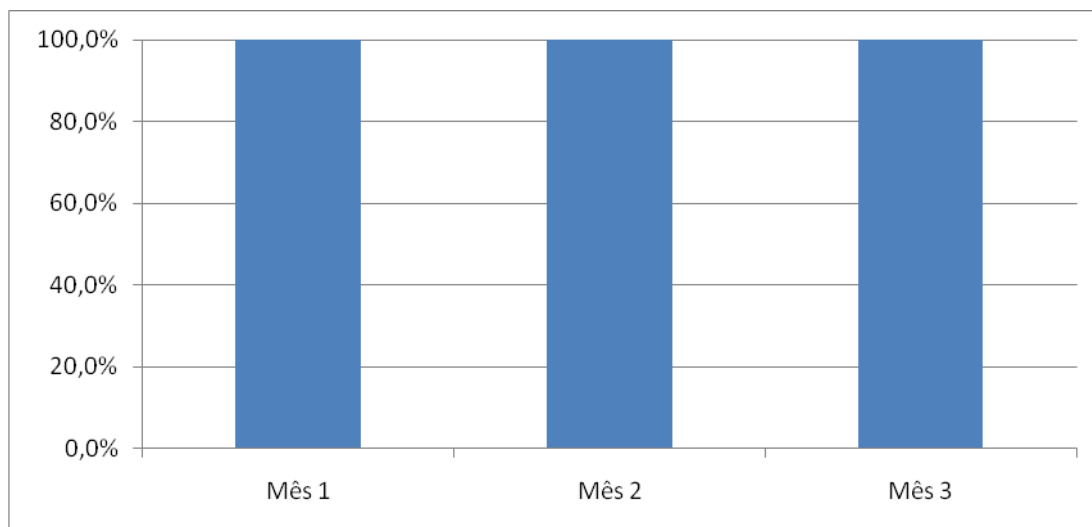


Figura 24- Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. ESF Simon Bolívar, Santana do Livramento, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Santana do Livramento/RS, 2014.

4.2 Discussão

Avaliando os resultados obtidos com a intervenção, percebemos que grande parte dos indicadores apresentaram resultados satisfatórios. A população de hipertensos estimada era de 265 pessoas na área de abrangência da Unidade de Saúde Simon Bolívar, e de 64 diabéticos. Ao final dos 3 meses de intervenção, conseguimos cadastrar 101 hipertensos e 31 diabéticos, o que corresponde respectivamente a 38,1% e 48,4% de cobertura do programa. A estimativa inicial era de conseguir cobrir 70% de hipertensos e diabéticos, porém alguns fatores acabaram influenciando para que esta cobertura plena não ocorresse. Acredito que os valores prévios estimados foram superestimados. Também o período em que os agentes de saúde estiveram afastados das atividades da UBS, influenciaram para os valores alcançados.

Indicadores de qualidade da atenção se mostraram positivos, como proporção daqueles que receberam orientações sobre saúde bucal, sobre cessação do tabagismo, prática de atividades físicas, e alimentação saudável. Outro indicador positivo foi em relação a proporção de hipertensos e diabéticos com uso de medicamentos da farmácia popular, atingindo 97% dos hipertensos e 96,8% dos diabéticos, fazendo uso de medicações da farmácia popular. Outro indicador com

resultados alcançados satisfatórios foi em relação aos usuários com exame clínico em dia, alcançando 100% nos hipertensos e diabéticos.

Percebemos que a equipe de saúde desde o início da intervenção esteve participativa nas atividades realizadas na Unidade de Saúde. Esta participação da equipe foi fundamental para o bom andamento da intervenção. A capacitação da equipe, com orientação sobre aquilo que seria realizado colaborou para o bom entendimento daquilo que estava sendo realizado. Acreditamos que esta grande mudança na forma de atendimento dos hipertensos e diabéticos da UBS trouxe bons resultados. Esta nova forma de organização do atendimento e abordagem dos usuários trouxe benefícios para a comunidade.

O serviço de atendimento na Unidade de Saúde se modificou positivamente com a intervenção realizada. O acolhimento realizado pela equipe de saúde, em que todos se mostravam dispostos a entender a situação dos usuários e minimizar seu sofrimento, foi muito importante para a boa relação com a comunidade. A busca ativa de doentes com complicações, assim como orientações a todos sobre controle da sua doença e fatores de risco associados também foi uma mudança positiva no atendimento do serviço de saúde.

Percebemos que toda comunidade aceitou muito bem a intervenção realizada. Muitas pessoas elogiaram o atendimento prestado. Percebemos também que a comunidade esteve engajada, ao ver o grande número de usuários que participaram das atividades realizadas na UBS, como grupo de hipertensos e diabéticos, realizado mensalmente, que contava sempre com grande participação da população. Também observamos resultados positivos, ao avaliar a mudança de comportamento de muitos usuários, como na tomada correta das medicações, ou mesmo com relação às mudanças de estilo de vida, controlando os fatores de risco.

Acreditamos que a intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos reforçado a ideia com os gestores, sobre a importância de contar com os agentes de saúde desde o início da intervenção, para aumentar a captação da população e realizar ações em saúde com um número maior da população. A interrupção do trabalho dos agentes de saúde teve grande significância para que não alcançássemos os valores de cobertura desejados. Acreditamos que deveria ter retificado essas informações com os gestores para que tais fatos pudessem ser solucionados antes do início da intervenção.

Todas as mudanças ocorridas no funcionamento do serviço de saúde passaram a fazer parte da rotina de atendimento. A equipe de saúde foi adequadamente capacitada para manter a realização das atividades programáticas. Acredito que a orientação e educação em saúde adquirida por todos profissionais da UBS foi fundamental para promoção da saúde entre a população e no aumento da captação de hipertensos e diabéticos para o programa da UBS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores, venho a partir deste relatar sobre a intervenção realizada na Unidade Simon Bolívar com hipertensos e diabéticos da comunidade vinculada à UBS.

Escolhi realizar minha intervenção com usuários hipertensos e diabéticos pois ao longo do ano de trabalho na UBS, percebi que este grupo de usuários estava desassistido, não sendo tratados corretamente de sua doença, sem uso correto das medicações assim como sem um controle adequado dos fatores de risco associados. Com esta intervenção, acredito que consegui intervir em uma grande parcela da população, e desta forma levar conhecimento em saúde a esta comunidade.

Diversas atividades de promoção à saúde foram realizadas na UBS, assim como uma mudança na forma de organização do Posto. A melhora da organização do atendimento, com divisão das tarefas entre os membros da equipe, assim como a melhora do acolhimento realizado, também foram pontos importantes implementados na UBS. Acredito que o grupo de hipertensos e diabéticos que passou a ser realizado na UBS, foi uma das grandes contribuições desenvolvidas. Eram realizadas reuniões mensais, com uma discussão com os grupos, esclarecendo suas dúvidas assim como promovendo a saúde a esta população.

Quanto aos resultados, ao longo de três meses de intervenção foram 131 hipertensos cadastrados e 31 diabéticos, o que corresponde a uma cobertura do programa de 38,1% e 48,4%, respectivamente. Conseguimos realizar exame clínico adequado em 100% dos hipertensos e diabéticos, assim como 100% dos hipertensos e diabéticos estavam com registros adequados nas fichas de

acompanhamento.. Com relação à prescrição de medicações da farmácia popular, a quase totalidade de hipertensos(97%) e de diabéticos (96,8%), faziam uso de tais medicações. Quanto à promoção da saúde, 100% dos hipertensos e diabéticos receberam orientações quanto à higiene bucal, riscos do tabagismo, alimentação saudável e prática de atividades físicas. Com relação aos exames complementares, 68,3% dos hipertensos estavam com exames complementares em dia ao final da intervenção, e 87,1% dos diabéticos. Estes dados obtidos são fundamentais, pois poderão ser usados ao longo do tempo pelo sistema de saúde da cidade na avaliação de indicadores de saúde.

Algo fundamental a ser lembrado diz respeito a interação com a equipe de saúde, algo fundamental que deve estar presente para um bom funcionamento do serviço de saúde. Esta maior interação, diz respeito a participação direta da gestão nos assuntos relacionados à UBS, avaliando junto da equipe as deficiências e necessidades, assim como os avanços realizados com a intervenção na UBS. Esta cumplicidade é de extrema importância para que o sistema de saúde possa melhor se desenvolver. Acredito que desta forma, muitos pontos consigam ser melhorados, evitando que alguns problemas, como por exemplo, necessidades da equipe, possam ser avaliadas, e para que não ocorra deficiência de algum material de trabalho.

Aproveito para falar aqui que os agentes de saúde são fundamentais para o bom funcionamento do ESF e a intervenção poderia ter sido melhor não fosse a falta desses e de material de trabalho para eles. Eles realizam a busca ativa dos faltosos, indicam as casas onde há pessoas com problemas de locomoção para que possamos visitar e são nosso principal elo com a comunidade.

Avaliando o que foi realizado podemos perceber o quanto a intervenção com hipertensos e diabéticos foi importante para a saúde da comunidade, pois muitos benefícios à saúde foram proporcionados, controlando estas doenças prevalentes e diminuindo a sua morbimortalidade. Todas as atividades realizadas, com controle dos fatores de risco associados e promoção da saúde foram fundamentais, já que antes da intervenção não havia sequer registros na UBS. A educação em saúde da comunidade foi um das conquistas mais relevantes observadas e certamente permanecerá como legado desta intervenção.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Neste ano estive trabalhando em Santana do Livramento, na Unidade de Saúde Simon Bolívar, vinculado ao PROVAB, Programa de Valorização da Atenção Básica, cujo objetivo era melhorar o funcionamento das Unidades de Saúde, implantando e adequando o modelo de Estratégia de Saúde da Família nestas Unidades.

Após avaliar o funcionamento da Unidade de Saúde ao longo do ano, optei por desenvolver um trabalho com hipertensos e diabéticos da comunidade, pois percebi que a quantidade de pessoas hipertensas e diabéticas era grande e não estavam com um controle adequado da doença, com pouco conhecimento do seu problema.

Realizamos então uma intervenção com objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da comunidade. Ao longo de 3 meses realizamos esta intervenção, com toda equipe de saúde da UBS. Para esta intervenção, tivemos de realizar diversas mudanças no funcionamento da Unidade, como por exemplo passamos a utilizar fichas de registro para todos os hipertensos e diabéticos, onde eram registrados os resultados de exames solicitados, as medidas antropométricas, valores de pressão e risco cardiovascular. Organizamos todos estes registros em fichários, facilitando a busca de dados dos usuários.

Criamos grupos de hipertensos e diabéticos na UBS, em que pudemos manter um contato mais íntimo com os hipertensos e diabéticos, esclarecendo suas dúvidas sobre a doença, além de repassar informações importantes, como medidas de prevenção e controle dos fatores de risco associados à doença.

Algo importante foi a participação de toda equipe de saúde, pois a presença dos colegas, como a nutricionista, enfermeira e técnicas de enfermagem na organização deste trabalho, assim como nas atividades como, grupos, palestras realizadas, ajudou a sensibilizar a população a participar das estratégias de melhoria da saúde.

Dentre os principais resultados, podemos relatar o ganho de conhecimento por parte da população em medidas de controle e prevenção da hipertensão e diabetes. As orientações passadas, visando não apenas tratar a doença, mas sim

com uma abordagem geral da população, repassando conhecimento foi fundamental. Ao final dos três meses de intervenção, conseguimos cadastrar 101 hipertensos e 31 diabéticos, realizando com todos estes cadastrados, medidas de orientação e controle dos fatores de risco associados à doença, melhorando a qualidade de vida.

Esperamos que a comunidade continue participando das atividades realizadas na UBS, pois todas estas mudanças implantadas ao longo da intervenção permanecerão na rotina de atendimento da UBS, contribuindo para educação em saúde da comunidade e melhoria da sua qualidade de vida.

5. Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem

Avaliando o trabalho realizado ao longo deste ano de 2014 na UBS Simón Bolívar em Santana do Livramento, inúmeros pontos positivos podem ser relatados. A realização do trabalho, desde o início foi muito trabalhosa, pois a UBS funcionava com um modelo tradicional na atenção à saúde, focada em problemas pontuais de saúde, não levando em consideração outros aspectos importantes, como a estrutura familiar, o meio social em que a comunidade se encontrava, e a promoção de saúde entre a população.

A Unidade de Saúde não tinha uma preocupação adequada com a qualidade do serviço. As pessoas da comunidade que buscavam assistência não recebiam a atenção adequada, não sendo realizado um acolhimento adequado, nem avaliação adequada das pessoas, com ações de promoção à saúde, educação em saúde, algo fundamental que deve ser realizado em uma comunidade desassistida.

Ao final do ano, todas as ações que realizei foram importantes para a comunidade. Consegui atingir às minhas expectativas de melhorar a qualidade da atenção à saúde de uma comunidade carente com a organização do serviço da UBS conseguida ao longo do meu trabalho, o que foi muito satisfatório. Acredito que tudo o que consegui construir com o meu trabalho veio com muita dedicação e empenho para melhorar os indicadores de saúde da comunidade.

Ao longo do ano, diversas atividades realizadas na UBS me deixaram entusiasmado, a educação em saúde foi um dos aspectos mais relevantes que consegui proporcionar a esta população, pois em momentos como estes, conseguia interagir com as pessoas e passar conhecimento em saúde. Esta troca de ideias me estimulava cada vez mais a me dedicar ao trabalho.

A organização de uma rotina de atendimento, com datas específicas para atendimento de grupos específicos, como por exemplo o atendimento de gestantes em um dia durante a semana, ou como o enfoque em hipertensos e diabéticos em outro turno durante a semana foi algo importante para manter o serviço organizado, assim a equipe conseguia se preparar adequadamente para receber estes usuários e realizar ações em saúde. Esta melhora na organização de atendimento me proporcionou crescimento em aspectos de liderança de grupo, pois a partir da discussão com a equipe de saúde em reuniões, conseguíamos alcançar melhorias na organização do serviço de saúde prestado na UBS.

Acredito que o crescimento profissional que consegui alcançar ao longo deste ano foi fundamental, pois pude aprender a me relacionar com pessoas diferentes, com uma cultura diferente. Esta troca de experiências com a comunidade e com a equipe de saúde foi muito importante. Aprendi a conduzir o funcionamento de uma UBS com o modelo da Estratégia de Saúde da Família e este grande aprendizado, certamente poderei continuar utilizando ao longo da minha carreira e acredito que o grande benefício alcançado foi a melhoria da atenção à saúde proporcionado à comunidade.

6. Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Anexo I- Ficha espelho (frente)



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____. Número do Prontuário: _____. Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo II – Ficha espelho(verso)

[illegible]

Anexo III- Planilha de coleta de dados

2014_07_13 Coleta de dados HAS e DMnew GABRIEL semana 02.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente faltou com o acompanhamento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	26		0							
	27		0							
	28		0							
	29		0							
	30		0							
	31		0							
	32		0							
	33		0							
	34		0							

Pronto

2014_07_13 Coleta de dados HAS e DMnew GABRIEL semana 02.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	26		0							
	27		0							
	28		0							
	29		0							
	30		0							
	31		0							
	32		0							
	33		0							
	34		0							

Pronto

Anexo IV-Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL